

PROGRAMA ABEM – REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO – CANDIDATURA

Exmo./a Sr./a
Presidente da Câmara Municipal

REQUERENTE

Nome			
Domicílio			
Número	Lote / Andar		
Código postal	Localidade		
Freguesia	NIF		
Tipo de Doc. Identificação	☐ Cartão de Cidadão/BI	☐ Passaporte	☐ Autoriz. de residência
☐ Outro, qual?			
Número	Válido até		
Contacto telefónico			
E-mail			
Data de nascimento	Idade		
Nacionalidade	Naturalidade		
Estado Civil	Habilitações literárias		
Condição perante o trabalho	☐ Trabalhador/a por conta de outrem		
☐ Trabalhador/a por conta própria	☐ Desempregado/a		
☐ Pensionista	☐ Estudante		
☐ Outra:			
Rendimento mensal	€	Local de trabalho	
Outras prestações		Montante mensal	€
Incapacidade permanente/deficiência	☐ Não	☐ Sim	%
Se respondeu sim, indique qual			
Medicação permanente			
Despesa mensal com medicação	€		
Apoiado/a por instituições de solidariedade social	☐ Sim	☐ Não	
Se respondeu sim, indique qual o tipo de apoio, frequência e entidade/s			

Residente em Habitação Social ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu não, indique o valor da renda/aluguer €

NOTIFICAÇÕES/COMUNICAÇÕES

Consente que as notificações/ comunicações do Município lhe sejam feitas via (aplicável a pessoas singulares):

☐ Contacto telefónico ☐ E-mail ☐ Outro

No caso das notificações/ comunicações por via postal, estas deverão ser enviadas para a seguinte morada:

☐ Requerente ☐ Representante ☐ Outra (indique abaixo)

Domicílio / Sede

Número

Lote / Andar

Código postal

Localidade

Freguesia

PEDIDO

Vem apresentar a V. Exa. candidatura ao Programa de Emergência abem.

ELEMENTO 2

Nome

Grau de parentesco

NIF

Tipo de Doc. Identificação

☐ Cartão de Cidadão/BI

☐ Passaporte

☐ Autoriz. de residência

☐ Outro, qual?

Número

Válido até

Data de nascimento

Contacto telefónico

Condição perante o trabalho

☐ Trabalhador/a por conta de outrem

☐ Trabalhador/a por conta própria

☐ Desempregado/a

☐ Pensionista

☐ Estudante

☐ Outra:

Rendimento mensal

€

Outras prestações

Montante

€

Incapacidade permanente/deficiência

☐ Não

☐ Sim

%

ELEMENTO 3

Nome

Grau de parentesco

NIF

Tipo de Doc. Identificação

☐ Cartão de Cidadão/BI

☐ Passaporte

☐ Autoriz. de residência

☐ Outro, qual?

Número

Válido até

Data de nascimento

Contacto telefónico

Condição perante o trabalho

☐ Trabalhador/a por conta de outrem

☐ Trabalhador/a por conta própria

☐ Desempregado/a

☐ Pensionista

☐ Estudante

☐ Outra:

Rendimento mensal	€	
Outras prestações		Montante €
Incapacidade permanente/deficiência	☐ Não	☐ Sim %

ELEMENTO 4

Nome			
Grau de parentesco		NIF	
Tipo de Doc. Identificação	☐ Cartão de Cidadão/BI	☐ Passaporte	☐ Autoriz. de residência
☐ Outro, qual?			
Número		Válido até	
Data de nascimento		Contacto telefónico	
Condição perante o trabalho	☐ Trabalhador/a por conta de outrem ☐ Trabalhador/a por conta própria ☐ Desempregado/a ☐ Pensionista ☐ Estudante ☐ Outra:		
Rendimento mensal	€		
Outras prestações		Montante	€
Incapacidade permanente/deficiência	☐ Não	☐ Sim	%

ELEMENTO 5

Nome			
Grau de parentesco		NIF	
Tipo de Doc. Identificação	☐ Cartão de Cidadão/BI	☐ Passaporte	☐ Autoriz. de residência
☐ Outro, qual?			
Número		Válido até	
Data de nascimento		Contacto telefónico	
Condição perante o trabalho	☐ Trabalhador/a por conta de outrem ☐ Trabalhador/a por conta própria ☐ Desempregado/a ☐ Pensionista ☐ Estudante ☐ Outra:		
Rendimento mensal	€		
Outras prestações		Montante	€
Incapacidade permanente/deficiência	☐ Não	☐ Sim	%

ELEMENTO 6

Nome			
Grau de parentesco		NIF	
Tipo de Doc. Identificação	☐ Cartão de Cidadão/BI	☐ Passaporte	☐ Autoriz. de residência
☐ Outro, qual?			

Número		Válido até	
Data de nascimento		Contacto telefónico	
Condição perante o trabalho	☐ Trabalhador/a por conta de outrem		
☐ Trabalhador/a por conta própria	☐ Desempregado/a		
☐ Pensionista	☐ Estudante		
☐ Outra:			
Rendimento mensal	€		
Outras prestações		Montante	€
Incapacidade permanente/deficiência	☐ Não ☐ Sim %		

ELEMENTO 7

Nome			
Grau de parentesco		NIF	
Tipo de Doc. Identificação	☐ Cartão de Cidadão/BI	☐ Passaporte	☐ Autoriz. de residência
☐ Outro, qual?			
Número		Válido até	
Data de nascimento		Contacto telefónico	
Condição perante o trabalho	☐ Trabalhador/a por conta de outrem		
☐ Trabalhador/a por conta própria	☐ Desempregado/a		
☐ Pensionista	☐ Estudante		
☐ Outra:			
Rendimento mensal	€		
Outras prestações		Montante	€
Incapacidade permanente/deficiência	☐ Não	☐ Sim	%

OBSERVAÇÕES

SITUAÇÃO ECONÓMICA

<u>Rendimentos</u>	Valor	<u>Despesas</u>	Valor
Trabalho		Habitação	
RSI		Água	
Pensão de Invalidez		Luz	
Reforma		Gás	
Subsídio de desemprego		Saúde	
Pensão de alimentos		Educação	
Abonos		Transportes	

Bolsa de formação		€ Crédito		€
Outras, quais		€ Outras, quais		€
Total de rendimentos (R)		Total de despesas (D)		€
Total: (R – D) / N *				€

* número de elementos do agregado familiar

☐ Declaro que fui informado e que tomei conhecimento dos termos e condições do projeto, bem como consinto a consulta dos meus dados pessoais junto a Instituições/ serviços que se revelem necessárias (os) à análise da candidatura e autorizo a cópia dos documentos de identificação pessoais que se considerem necessárias à organização e atualização da candidatura.

INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

- Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado;
- O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:
 - Responsável pelo tratamento** – Município;
 - Finalidade do tratamento** – Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
 - Destinatário(s) dos dados** – Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
 - Conservação dos dados pessoais** – Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.
- Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município consulte o nosso site em <http://www.cm-tavira.pt/site/politicaprivacidade> ou envie um e-mail para privacidade@cm-tavira.pt;
- Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

O/A subscritor/a, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente documento correspondem à verdade e que tomou conhecimento que cumpre todas as obrigações legais e regulamentares identificadas.

Tavira,

O/A Requerente

ELEMENTOS INSTRUTÓRIOS

Para o efeito, junta os documentos que a seguir se assinalam:

- ☐ Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte, N.º de Segurança Social e Cartão de Utente de Saúde
- ☐ Comprovativo de morada (recibo de água, luz, gás ou outro)
- ☐ Comprovativos de receitas/rendimentos (último mês)
- ☐ Comprovativos de despesas e/ou dívidas (habitação, doença crónica, água, luz, créditos ao consumo, ... do último mês)
- ☐ Atestado ou relatório médico que comprove doença ou deficiência

☐ IRS e Nota de Liquidação (última)

☐ Atestado de residência (com a indicação do tempo de residência e a composição do agregado familiar)

☐ Outros