**Programa Abem: Rede Solidária do Medicamento**

**REQUERIMENTO**

**N.º Processo: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | | | | | | |
| **Data de Nascimento** |  | **Naturalidade** | |  | | **Estado Civil** |  |
| **Morada** |  | | | | | | |
| **Código Postal** |  | | **Localidade** | |  | | |
| **B.I. / C.C. N.º** |  | | **Validade** | |  | | |
| **Contribuinte Fiscal N.º** |  | | | | | | |
| **Telefone** |  | | **Telemóvel** | |  | | |

**2. IDENTIFICAÇÃO DE TODOS OS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Nome** | **Data de Nasc.** | **Parentesco** | **Estado Civil** | **Situação Laboral** | **Rendimentos** |
| **1** | **Requerente** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |

**3. INFORMAÇÃO ACERCA DOS RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENDIMENTOS** | | **MONTANTE EM €** |
| **Trabalho dependente/independente** | |  |
| **Empresariais e profissionais** | |  |
| **Capitais** | |  |
| **Prediais** | |  |
| **Pensões** | **Reforma** |  |
| **Invalidez** |  |
| **Velhice** |  |
| **Sobrevivência** |  |
| **Social** |  |
| **De Alimentos** |  |
| **Prestações Sociais** | **Subsídio de Desemprego** |  |
| **RSI** |  |
| **Outras** |  |
| **Apoios à habitação (renda jovem/outra)** | |  |
| **Bolsa de estudo e de formação** | |  |

**4. DECLARAÇÃO SOB COMPROMISSO DE HONRA DO REQUERENTE**

|  |
| --- |
| **Declaro que tomei conhecimento e aceito as condições do Programa Abem: Rede Solidária do Medicamento, assumindo por minha honra que as declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.**  **Carrazeda de Ansiães**, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do Candidato(a)** |

**5. DOCUMENTOS ANEXOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Documentos comprovativos de todos os rendimentos auferidos (vencimentos, pensões, subsídios, RSI, etc) |  | Comprovativo de despesas de educação |  |
| Comprovativos de despesas de saúde |  | Cópia do recibo de vencimento (último mês) |  |
| Declaração Médica |  | Cópia da declaração de IRS (última) |  |
| Comprovativo de pagamento da renda da habitação / declaração do banco onde conste o valor da prestação mensal com a habitação |  | Certidão de isenção de IRS |  |
| Formulário de adesão e consentimento ao Programa Abem: Rede Solidária do Medicamento |  | Declaração a comprovar a situação de desemprego |  |
| Últimos recibos de água, luz e gás |  | Outros documentos |  |

**6. OBSERVAÇÕES**

|  |
| --- |
|  |

**7. DESPACHO/DELIBERAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Registo de Entrada** | **Serviços de Ação Social** | **Despacho** | **Deliberação da C. M.** |
| **N.º** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Em** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Cumpre os requisitos   |  | | --- | |  |   Não cumpre os requisitos   |  | | --- | |  |   \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **A Técnica,**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Deferido \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Indeferido \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**  **O Presidente da Câmara Municipal,**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Data da reunião da Câmara Municipal em que foi tomada a deliberação:**  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |