



Câmara Municipal

nº reg.:

data:

INFORMAÇÃO

DASE – Serviço de Ação Social

páginas 1 | 4

Boletim de Candidatura FUNDO DE EMERGÊNCIA SOCIAL

1	IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
	Nome completo		
	Data de nascimento / /	Estado Civil	
	Morada		
	Código Postal -	Localidade	Telefone
	B.I n.º	A.I	Validade
	C.C n.º	Validade	
	Contribuinte	NISS	

2	CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR				
	Nome Completo	Relação familiar	Data de nascimento	Situação profissional atual ¹	Fonte de rendimento ²
1					
2					
3					
4					
5					
6					

3	FIM A QUE SE DESTINA O APOIO SOLICITADO
	<p>Pagamento de:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Medicamentos<input type="checkbox"/> Consultas<input type="checkbox"/> Exames médicos<input type="checkbox"/> Eletricidade<input type="checkbox"/> Água<input type="checkbox"/> Gás<input type="checkbox"/> Renda/prestação de habitação<input type="checkbox"/> Mensalidades nos equipamentos de apoio na área da infância, idosos, deficiência.<input type="checkbox"/> Bens alimentares<input type="checkbox"/> Outros: _____

¹ **Situação profissional atual:** trabalhador por conta de outrem, trabalhador por conta própria, desempregado, doméstica, incapacidade permanente ou temporária, reformado, estudante, outra.

² **Fonte de rendimento:** salários, pensão de velhice, sobrevivência, viuvez, orfandade ou outra, subsídio (desemprego, social, doença, acidente de trabalho, deficiência,, abono), RSI, outros complementos (dependência, cônjuge a cargo, CSI, ...)



Câmara Municipal

nº reg.:

data:

INFORMAÇÃO



nº reg.:

data:

INFORMAÇÃO

DASE – Serviço de Ação Social

páginas 3 | 4

4	FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO

5	IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS APOIOS
	<p>Requereu apoio de outras entidades públicas ou privadas para a mesma finalidade?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Foram concedidos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se assinalou sim, indique:</p> <p>Nome da entidade _____</p> <p>Tipo de apoio _____</p>

6	DECLARAÇÃO
	<p>Declaro para os devidos efeitos legais e sob compromisso de honra que as declarações prestadas no âmbito do presente requerimento correspondem à verdade dos factos e que não usufruo, eu ou qualquer elemento do meu agregado familiar, de outros rendimentos para além dos declarados e que não sou beneficiário/a de qualquer programa de apoio destinado para o mesmo fim.</p> <p>Assinatura do requerente _____ Data: ____/____/____</p>



Câmara Municipal

n.º reg.:

data:

INFORMAÇÃO

LISTA DE DOCUMENTOS A ENTREGAR ³

- Formulário de candidatura devidamente preenchido
 - Cartão cidadão ou Bilhete de identidade de todos os elementos do agregado familiar
 - Fotocópia dos documentos comprovativos de **rendimentos mensais** auferidos pelos membros do agregado familiar:
 - declaração de IRS do último ano ou, se for o caso, declaração de isenção emitida pelas finanças
 - recibos de vencimento
 - recibos de pensões
 - recibos de subsídios de desemprego
 - Outros: _____
 - Fotocópia dos documentos comprovativos das **despesas mensais fixas**:
 - Recibo renda de casa
 - Recibo da instituição bancária da prestação da casa
 - Seguros de vida e multiriscos
 - Despesa com água
 - Despesa com eletricidade
 - Despesa com gás
 - Despesa com telefone
 - Despesa com medicamentos na farmácia (média)
 - Despesa com tratamentos de uso continuado, desde que por indicação médica.
 - Despesa com transportes
 - Despesas com a educação (material escolar, propinas, etc)
 - Despesa efetuada com a frequência de equipamento para apoio na área da infância, idosos, e deficiência
 - Outros documentos considerados relevantes pelo requerente/serviço:
-

³ Nos termos do n.º 1 do artigo 7º do Regulamento do Fundo de Emergência Social do Município de Penacova.