



MUNICÍPIO DE CASTELO DE PAIVA
CPAIVA SOLIDÁRIO

REQUERIMENTO – APOIO SOCIAL

REGISTO DE ENTRADA

Entrada nº.

Data:/...../.....

Processo:

Rubrica:

N.º Cartão: _____

REQUERENTE

(* Preenchimento obrigatório)

Nome

NIF*

N.º de Utente*

NISS*

Data Nascimento*

Inscrito no Centro de Saúde de:*

Morada/Sede (rua/lugar)*

Edifício

Bloco

Nº.*

Freguesia*

Telef./Telem.*

Código Postal*

4550

-

Endereço electrónico (e-mail)

Nos termos do art.º 63º, do Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro, autorizo notificações/comunicação por via eletrónica:

OBJECTO DO PEDIDO

☐

CHEQUE FARMÁCIA

☐

TARIFÁRIO SOCIAL/FAMILIAR

☐

AGREGADO FAMILIAR

(Obrigatório o preenchimento de todos os campos)

N.º	NOME COMPLETO	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	CC/BI	NIF	NISS	N.º de Utente
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

RENDIMENTOS ANUAIS

(a preencher pelos serviços)

	TRABALHO	SUBSÍDIO DOENÇA/ DESEMPREGO	PENSÃO VELHICE/ INVALIDEZ	SUBSÍDIO PENSÃO SOCIAL	RENDIMENTO SOCIAL INSERÇÃO	COMPLEMENTO SOCIAL IDOSOS	ABONO FAMÍLIA	BENS MOBILIÁRIOS IMOBILIÁRIOS
VALOR								

DESPESAS

(a preencher pelos serviços)

HABITAÇÃO		SAÚDE	TOTAIS
PRÓPRIA	ARRENDAMENTO		

TERMOS E CONSENTIMENTOS

Ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), declaro que presto ao Município de Castelo de Paiva o meu consentimento informado, esclarecido e livre para a recolha, tratamento e fornecimento a terceiros dos dados pessoais constantes neste formulário, nos seguintes termos:

- Os dados pessoais fornecidos são tratados por serem indispensáveis à prestação do serviço solicitado;
- Os meus dados (dados pessoais, fotografia(s), documento(s) anexo(s)), fornecidos neste formulário, possam ser processados pelo Município de Castelo de Paiva, no âmbito da gestão do processo e para os efeitos inerentes ao serviço solicitado.
- Os dados recolhidos serão transmitidos às entidades parceiras que possam intervir na prestação do serviço ou ainda entidades para a qual a respetiva legislação remeta. A listagem das respetivas entidades parceiras está publicada em www.cm-castelo-paiva.pt.
- A qualquer momento poderei exercer os direitos de acesso, de retificação, de apagamento e de eliminação do tratamento dos dados pessoais, através de comunicação escrita ao Encarregado de Proteção de Dados, não comprometendo a licitude do tratamento que, entretanto, tenha sido efetuada aos dados, com base no presente consentimento. Tenho ainda direito a apresentar reclamação a uma autoridade de controlo.
- Os dados pessoais recolhidos serão conservados pelo período previsto no Regulamento Arquivístico das Autarquias Locais em vigor.
- Os dados constantes do formulário sejam guardados no sistema de informação central da autarquia, possibilitando associar a presente informação aos meus processos existentes no Município de Castelo de Paiva.

DATA E ASSINATURA

Declaro, sob compromisso de honra, que são verdadeiras as declarações que constam deste documento.

Data _____ Assinatura _____

BI /C. Cidadão) nº. _____ Emissão/Validade _____ Arq. _____

ATESTADO COMPROVATIVO DE MORADA E COMPOSIÇÃO DE AGREGADO FAMILIAR - JUNTA DE FREGUESIA

Confirma-se a residência no Município à mais de um ano, no local supra indicado e a composição do agregado familiar supra referido, residindo todos os elementos na mesma habitação.

Castelo de Paiva, ____/____/____

Freguesia de _____

O Presidente de Junta de Freguesia,

(assinatura e selo branco)

ELEMENTOS A ENTREGAR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DE TODOS OS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

- ☐ Cartão de Cidadão /B.I., Certidão de Nascimento;
- ☐ Atestado de residência e composição de agregado familiar, emitido pela respetiva Junta de Freguesia
- ☐ Atestado Médico de Incapacidade Multiuso;

DOCUMENTOS COMPROVATIVOS DOS RENDIMENTOS FIXOS MENSIS/ANUAIS DO AGREGADO FAMILIAR

- ☐ Recibos de vencimento; histórico de rendimentos;
- ☐ Pensão de velhice, invalidez, viuvez, social, subsídio desemprego e/ou outros complementos;
- ☐ Rendimento Social de Inserção;
- ☐ Abono de Família e/ou prestações familiares;
- ☐ Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação;
- ☐ Outros rendimentos

Nota No caso de não possuir qualquer rendimento, deverá fazer prova mediante a apresentação de uma declaração negativa emitida pela Segurança Social

DOCUMENTOS COMPROVATIVOS DE DESPESAS FIXAS MENSIS DO AGREGADO FAMILIAR

- ☐ Recibo de renda ou prestação mensal do empréstimo para aquisição de habitação;
- ☐ Recibo de água;
- ☐ Declaração/orçamento da farmácia local com gasto médio mensal/anual com a aquisição de medicação crónica;
- ☐ Outras despesas