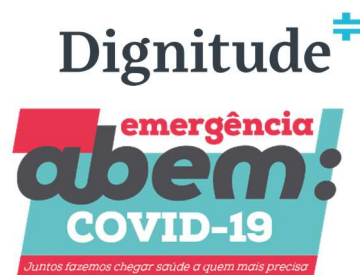




Município de Pombal
Unidade de Desenvolvimento
Social



Formulário de Candidatura ao Programa Emergência *abem*: COVID-19 Rede Solidária do Medicamento

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME: _____ NACIONALIDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____ NIF: _____ NISS: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ FREGUESIA: _____

CONTACTO: _____ EMAIL: _____

2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DO AGREGADO FAMILIAR

2.1. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Indique no quadro seguinte todos os elementos que fazem parte do agregado familiar.

	NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SITUAÇÃO PROFISSIONAL	NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO REGULAR (SIM/NÃO)
1	REQUERENTE	PRÓPRIO/A	__/__/____		
2			__/__/____		
3			__/__/____		
4			__/__/____		
5			__/__/____		
6			__/__/____		
7			__/__/____		
8			__/__/____		

2.2. SITUAÇÃO ECONÓMICA

Indique no quadro seguinte todos os rendimentos mensais dos elementos do agregado familiar:

	TRABALHO DEPENDENTE E/OU INDEPENDENTE	PENSÕES <i>(incluindo pensões de alimentos)</i>	PRESTAÇÕES SOCIAIS <i>(exceto por encargos familiares ou deficiência ou por dependência)</i>	SUBSÍDIOS DE RENDA DE CASA <i>(ou outros apoios públicos à habitação, com carácter regular)</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

3. DOCUMENTOS INSTRUTÓRIOS

Assinale os documentos apresentados:

- Cópia do Cartão de Cidadão do requerente e dos elementos do agregado familiar que necessitam de apoio para aquisição de medicação, com menção expressa de que a mesma se destina à instrução de candidatura ao Programa *abem*;
- Declaração da Segurança Social respeitante à situação de desemprego, com indicação da data em que ficou nessa condição e respetivo valor do subsídio de desemprego;
- Declaração de lay-off da entidade patronal onde conste a modalidade (redução de horário de trabalho ou suspensão de contrato);
- No caso de se tratar de um trabalhador independente, deverá ser apresentada cópia do ofício de resposta emitido pela Segurança Social respeitante à quebra de rendimentos e ao valor auferido.
- Declaração que ateste a necessidade de medicação regular (por exemplo: declaração médica comprovativa de doença crónica, deficiência ou incapacidade ou declaração da farmácia em como é adquirida regularmente medicação com prescrição médica).

4. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, portador/a do CC nº _____, declaro que autorizo que os dados fornecidos no âmbito da candidatura ao programa emergência *abem*: COVID-19 possam ser trabalhados em conjunto pelas entidades intervenientes, podendo ainda ser solicitados esclarecimentos adicionais a outras entidades para análise da mesma.

Pombal, ____/____/____ Assinatura requerente: _____

5. PARECER FINAL DA UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)

Reúne as condições previstas no programa? Sim Não

Apresentou todos os documentos solicitados? Sim Não

Parecer Final: Favorável Desfavorável

Outras informações:

A Técnica da UDS _____ Pombal, ____/____/____