CÂMARA MUNICIPAL
PAREDES

Entrada nº.	Data:	Requerimento:	Processo:
O funcionário:			

Exmo. Senhor Presidente da
Câmara Municipal de Paredes

AÇÃO SOCIAL – APOIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAÇÃO

Dados do requerente **Nº. de contribuinte** _____

Nome _____

Morada _____

Código postal _____ **Freguesia** _____

Telefone _____ **Telemóvel** _____

E-mail _____

B.I. / C.C _____

Forma de notificação _____ **E-mail** _____ **Via postal**

OBJETO DO REQUERIMENTO

Venho requerer a V. Exª. apoio para aquisição de medicação:

Nº NISS: _____

Composição do agregado familiar:

Nome	Grau de Parentesco	Nº de contribuinte	BI/CC

Situação familiar face ao emprego

_____ Empregado/a

_____ Desempregado/a

_____ Com renumeração

_____ Sem renumeração

_____ Baixa médica

_____ Com renumeração

_____ Sem renumeração

_____ Pensionista

Despesas fixas mensais

_____ Eletricidade

_____ Água/Saneamento/TRSU

_____ Habitação

_____ Renda

_____ Crédito habitação

_____ Gás

_____ Saúde

_____ Outras Despesas

Pede deferimento, **O requerente,**

Data _____

ELEMENTOS A ENTREGAR

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

B.I/C.C de todos os elementos do agregado familiar

Atestado de residência e composição do agregado familiar, emitido pela respetiva Junta de Freguesia.

SITUAÇÃO FAMILIAR FACE AO DESEMPREGO:

Empregado/a:

Documento de vencimento ou Declaração sob compromisso de honra.

Desempregado/a:

Documento comprovativo de inscrição no IEFP

Com renumeração:

Documento comprovativo do subsídio de desemprego

Documento comprovativo do subsídio social de desemprego

Documento comprovativo do Rendimento Social de Inserção (RSI)

Sem renumeração:

No caso de não possuir qualquer rendimento, o requerente deverá fazer prova, mediante a apresentação de uma declaração negativa emitida pela segurança social.

Baixa médica:

Com renumeração:

Documento comprovativo do subsídio de doença ou incapacidade temporária por doença profissional

Pensionista:

Documento comprovativo da pensão de velhice

Documento comprovativo da pensão de invalidez

Documento comprovativo da pensão de sobrevivência/viuvez

Documento comprovativo do complemento solidário para idosos (CSI)

OUTROS RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

Documento comprovativo do abono de família

Documento comprovativo de outras prestações familiares

Documento comprovativo da prestação social para a inclusão (PSI)

Documento comprovativo do subsídio de assistência a 3ª pessoa

Documento comprovativo do complemento por dependência

Documentos comprovativos de outros rendimentos

DESPESAS FIXAS MENSAIS:

Fotocópia do comprovativo da despesa mensal de eletricidade

Fotocópia do comprovativo da despesa mensal de água

Fotocópia do comprovativo da despesa mensal de saneamento

Fotocópia do comprovativo da despesa mensal de TRSU

Fotocópia do recibo mensal de renda

Documento comprovativo da prestação mensal do crédito habitação

Fotocópia do comprovativo da despesa de gás

Declaração da farmácia com gasto médio mensal de medicação

Documentos comprovativos de outras despesas com saúde

Documentos comprovativos de outras despesas fixas mensais

OUTROS DOCUMENTOS

Atestado médico de incapacidade multiusos

Atestado médico comprovativo de doença crónica e/ou guia de medicação prolongada

Outros documentos comprovativos da situação social e económica

TERMOS E CONSENTIMENTOS

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

a) Os dados pessoais fornecidos são tratados por serem indispensáveis à prestação do serviço solicitado;

b) Os meus dados (dados pessoais, fotografia(s), documento(s) anexo(s)), fornecidos neste formulário, possam ser processados pelo Município de Paredes, no âmbito da gestão do processo e para os efeitos inerentes ao serviço solicitado.

c) Os dados recolhidos serão transmitidos às entidades subcontratadas que possam intervir na prestação do serviço ou ainda às entidades para a qual a respetiva legislação remeta. A listagem das respetivas entidades subcontratadas está publicada em www.cm-paredes.pt.

d) A qualquer momento poderei exercer os direitos de acesso, de retificação, de apagamento e de limitação do tratamento dos dados pessoais, através de comunicação escrita ao Encarregado de Proteção de Dados, pelo correio eletrónico epd@cm-paredes.pt, não comprometendo a licitude do tratamento que entretanto tenha sido efetuada aos dados, com base no presente consentimento. Tenho ainda direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo.

e) Os dados pessoais recolhidos serão conservados pelo período previsto no Regulamento Arquivístico das Autarquias Locais em vigor.

f) 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 Paredes.

Ass.: _____