

 <p>MUNICÍPIO DE GOLEGÃ Câmara Municipal da Golegã – Divisão Intervenção Social</p>	Registo de Entrada	
	RESERVADOS SERVIÇOS	Nº _____ / _____ Em, _____ / _____ / _____ O Funcionário, _____

ANEXO I

Requerimento de candidatura

(Capítulo II e III)

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal da Golegã:

_____ (nome completo), _____
 (estado civil), contribuinte n.º _____, portador do Bilhete de Identidade n.º _____,
 emitido pelos Serviços de Identificação Civil de _____, em _____, com
 residência na _____,
 _____, (código postal) freguesia de _____, concelho da Golegã, com o telefone fixo
 n.º _____, telemóvel n.º _____, e-mail:
 _____, vem por este meio requerer a Vossa

Excelência o seguinte:

- Apoio complementar na aquisição de medicamentos que sejam imprescindíveis para a sobrevivência e/ou qualidade de vida.
- Apoio financeiro ao arrendamento habitacional.

Golegã, ____ de _____ de _____

Pede deferimento,

O Requerente

 (assinatura conforme consta no Bilhete de Identidade)

2. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

N.º	Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Naturalid.	Escolarid.	Profissão	Tipo de Contrato	Rendimento Mensal (1)
1	Candidato		-----					
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

(1) Vencimento, pensões, subsídios, RSI ou outros

3. SITUAÇÃO HABITACIONAL

Deverá preencher o **Ponto 3.** tendo em conta a habitação para a qual se candidata ao apoio (habitação já arrendada ou a arrendar):

3.1. Data de início do Contrato de Arrendamento: ___ / ___ / ___

3.2. Valor de renda: _____

3.3. Proprietário da Habitação (Senhorio)

Nome: _____

Morada: _____

Contacto(s): _____ / _____

3.4. Tipo de Habitação

- Moradia / Vivenda
- Apartamento
- Parte de Casa / Anexo
- Quarto
- Outra: _____

3.5. Condições da Habitação (Assinale caso a sua habitação possua ou não as seguintes características):

	Sim	Não
Água canalizada		
Luz eléctrica		
Esgotos ou fossa		

3.6. Estado de Conservação

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau

3.7. Tipologia

- T0
- T1
- T2
- T3
- T4
- T5 ou superior

3.8. Antiguidade

Número de anos da habitação: _____

4. SITUAÇÕES DE DOENÇA CRÓNICA / DEFICIÊNCIA DO AGREGADO FAMILIAR

(Comprovadas por atestado médico)

- Não
- Sim Quais? _____

5. DESPESAS MENSAIS DO AGREGADO FAMILIAR (Comprovadas)

Despesas elevadas relativas a saúde e/ou educação:

- Não
- Sim
- Quais? _____

6. DOCUMENTOS ENTREGUES

(Seleccione os documentos que juntou à presente candidatura)

Nota: não serão aceites documentos originais, apenas fotocópias.

- Declaração de compromisso
- Declaração de compromisso
- Bilhete(s) de identidade ou Cédula(s) de nascimento
- Cartão(ões) de contribuinte
- Passaporte / Autorização de residência
- Comprovativo do NIB (Número de Identificação Bancária)
- Contrato de arrendamento
- Recibo relativo a renda de casa
- Comprovativos de rendimentos (IRS ou declaração de finanças)
- Cartão de eleitor ou atestado de residência
- Licença de utilização da habitação
- Declaração comprovativa da não existência de bens próprios, emitida pela repartição de finanças
- Comprovativos de despesas de saúde e/ou educação
- Outros _____

Declaro para os devidos efeitos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autorizo esta Câmara Municipal a efectuar as averiguações necessárias à análise deste pedido de apoio.

Assinatura do requerente:
