



Apoio à saúde - Programa *abem*

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão

Identificação do/a requerente

Nome: _____

Nº Identificação Civil: _____ NIF: _____

Morada: _____ C. Postal: _____

Freguesia/ União de Freguesias: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Autorizo a utilização dos contactos de telemóvel e e-mail acima referenciados para o envio de informações e notificações relativamente a este processo

Identificação do/a representante

Nome: _____

Nº Identificação Civil: _____ NIF: _____

Morada: _____ C. Postal: _____

Freguesia/ União de Freguesias: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Autorizo a utilização dos contactos de telemóvel e e-mail acima referenciados para o envio de informações e notificações relativamente a este processo

Pedido

Vem solicitar a V.^a Exa. a atribuição de apoio à saúde no âmbito do Programa *abem* nos termos dos artigos 91.º a 94.º do Código Regulamentar da Concessão de Apoios, na sua versão atual.

Inicial

Renovação

Documentos instrutórios

Assinale com uma cruz (X) os documentos que junta ao processo.

Cópia do cartão de cidadão do requerente e dos restantes elementos do agregado familiar quando o requerente solicitar este apoio pela 1ª vez, caso seja aplicável

Comprovativo de residência fiscal e composição do agregado familiar emitido pela Autoridade Tributária (AT)

Nota: Validade do documento face à data de emissão: 90 dias

Último recibo de vencimento de todos os elementos do agregado familiar

Cópia da última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação de todos os elementos do agregado familiar



Declaração da Segurança Social das remunerações auferidas pelo agregado familiar (pensões, reforma, viuvez e pensão de sobrevivência, pensão social para a inclusão, abono de família...)

Comprovativo dos encargos com a habitação (renda ou empréstimo bancário, água, luz e gás)

Cópia da sentença judicial de regulamentação do exercício das responsabilidades parentais e comprovativo da pensão de alimentos, *caso seja aplicável*

Atestado médico que comprove doença crónica dos elementos do agregado familiar, *caso seja aplicável*

Outros documentos relevantes para a apreciação do processo

Declaração

Declaro que:

São verdadeiras todas as informações prestadas no âmbito deste requerimento, ficando a Câmara autorizada a realizar as diligências que julgue necessárias para averiguar a veracidade e autenticidade dos documentos anexos.

Os elementos constantes do cartão de cidadão do anterior pedido de apoio à saúde - Programa abem estão atualizados.

Tomei conhecimento dos procedimentos necessários à avaliação deste requerimento.

Tomei conhecimento que os pedidos de apoio social são renovados anualmente.

Tomei conhecimento de que devo informar o serviço da Ação Social de qualquer alteração que ocorra na composição ou situação económica do agregado familiar até 10 dias úteis ao da sua ocorrência. A não comunicação pode levar à perda do direito ao apoio e à impossibilidade de voltar a requerer num prazo de um ano.

Dou o meu consentimento para a disponibilização de cópia de documento de identificação pessoal no âmbito do presente pedido, nos termos do n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007, de 5 de fevereiro.

Dou o meu consentimento, no âmbito deste requerimento, para a recolha, consulta e tratamento das informações e dos dados pessoais por mim fornecidos, por parte da CMVNF, quer na plataforma de instrução do processo, quer na base de dados da Segurança Social, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º e artigo 7.º, ambos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento EU 2016/679, de 27/04/2016).

Nota: A Política de Privacidade do Município pode ser consultada em www.famalicao.pt/politica_de_privacidade ou o Encarregado de Proteção de Dados pode ser contactado através do endereço eletrónico dpo@famalicao.pt.

Pede deferimento.

Data: ____/____/20____

Assinatura