



Programa *Abem*: Rede Solidária do Medicamento

REQUERIMENTO

Dignitude⁺

Exmo. Sr. Presidente da
Câmara Municipal de Caminha

CANDIDATO

1

Nome: _____
Morada: _____
C. P.: _____ – _____ **Tel.:** _____
D.N.: _____ **E-mail:** _____
Documento de Identificação: _____ **N.I.S.S.:** _____
N.I.F.: _____ **E. Civil.:** _____
Naturalidade: _____ **Sit. Lab.:** _____

AGREGADO FAMILIAR*¹

N.º Total de Elementos: _____

*¹ Agregado Familiar: conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, afinidade, ou outras situações similares (i.e., vínculo familiar), desde que vivam em economia comum.

EXPOSIÇÃO DO PEDIDO

Vem por este meio requerer a V. Ex.^a a atribuição do:

Cartão Abem - Rede Solidária do Medicamento.

OBSERVAÇÕES

CONSENTIMENTO INFORMADO DE CEDÊNCIA E UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- Autorizo que o Município de Caminha proceda à recolha e tratamento dos meus dados pessoais com a finalidade expressa neste formulário, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).
- Autorizo que o Município de Caminha partilhe com a Associação DIGNITUDE os meus dados pessoais, que são essenciais para a emissão do Cartão *Abem*: Rede Solidária do Medicamento, obrigando-se esta a proceder em conformidade com o RGPD.

PEDIDO DE DEFERIMENTO

Declaro para os devidos e legais efeitos, sob compromisso de honra, que as informações prestadas no âmbito da presente candidatura correspondem à verdade dos factos, não omito qualquer informação relevante e que:

- Resido a título permanente no concelho de Caminha;
- Tomei conhecimento e me obrigo, por esta forma, a respeitar integralmente as condições do Programa *Abem*: Rede Solidária do Medicamento.

Pede deferimento.

O Requerente:

Caminha, _____ / _____ / 2019

DOCUMENTOS A APRESENTAR (TODOS OS ELEMENTOS DO AGREGADO)

- * Documentos de identificação de todos os elementos do agregado familiar;
- * Comprovativos de todos os rendimentos auferidos pelo agregado familiar (recibos de vencimento ou declarações da entidade patronal onde constem os valores recebidos);
- * No caso de algum elemento do agregado familiar for beneficiado de prestações sociais (Pensão de Velhice, Subsídio de Desemprego, RSI, Pensão de Alimentos, etc.), apresentar declaração emitida pela Segurança Social onde conste o montante do subsídio de desemprego auferido, data de início e de termo;
- * Em caso de algum elemento ativo do agregado familiar se encontrara em situação de desemprego, apresentar declaração comprovativa emitida pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional;
- * No caso de algum elemento do agregado familiar com 18 anos ou mais se encontrar a estudar, apresentar declaração da frequência escolar emitida pelo estabelecimento de ensino competente;
- * Comprovativo do valor da Bolsa de Formação/Estudo auferida pelos membros do agregado familiar que se encontrem a frequentar formação/Ensino Superior;
- * Se algum elemento do agregado familiar se encontrar em situação de dependência, apresentar declaração emitida pela Segurança Social comprovativa da inexistência de rendimentos dos mesmos;
- * Comprovativos das despesas do agregado familiar relativas à habitação (renda ou crédito), energia elétrica, água, gás, telefone, saúde, educação (pagamento de propinas, habitação e transporte), integração em Equipamentos Sociais (Creche, Jardim de Infância, Centro de Dia,...);
- * O comprovativo das despesas de saúde deve ser acompanhado pela declaração médica que ateste a situação clínica do(s) membro(s) do agregado familiar a quem a(s) mesma(s) se referem e declaração da farmácia onde conste a média dos gastos com aquisição de medicação;
- * No caso de algum elemento do agregado familiar ser portador de incapacidade, apresentar atestado de incapacidade multiuso/declaração médica que comprove o grau de incapacidade.