



MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ

Exmo. Sr. Presidente

da Câmara Municipal da Figueira da Foz

Registo N.º:

Data:

Registado por:

SGD



FIGUEIRA ABEM: Rede Solidária do Medicamento

Requerente

Nome			
Estado Civil		Data de Nascimento	____/____/____
Morada			
Freguesia	Lugar	Código Postal	____ - ____
B.I. / C.C.	NIF	NISS	
Telemóvel	Telefone	E-mail	

Objeto do Pedido

Vem por este meio solicitar a V. Ex.ª que lhe seja concedida a atribuição de uma comparticipação nas despesas com a aquisição de medicamentos, porquanto entende preencher os requisitos previstos no Capítulo II do Regulamento do Figueira Abem: Rede Solidária do Medicamento.

Nos termos do artigo 10.º do mesmo Regulamento, ao presente requerimento anexa os seguintes documentos:

- ☐ Bilhete de Identidade, Cartão do Cidadão ou Cédula Pessoal de todos os elementos do agregado familiar;
- ☐ Título de Residência das pessoas oriundas de outros países;
- ☐ Cartão de Contribuinte, comprovativo do Número de Identificação da Segurança Social e do Número do Sistema Nacional de Saúde ou de Subsistema de Saúde de todos os elementos do agregado familiar, nos casos em que seja apresentado Bilhete de Identidade ou Cédula Pessoal;
- ☐ Atestado passado pela Junta de Freguesia que comprove a residência na área do Município há mais de 2 anos, bem como a composição do agregado familiar;
- ☐ Certidão emitida pelo Serviço de Finanças atestando a existência ou inexistência de bens móveis e imóveis de todos os elementos do agregado familiar;
- Documentos comprovativos dos rendimentos auferidos por todos os elementos do agregado familiar:
 - ☐ Última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação ou declaração de isenção emitida pelo Serviço de Finanças;
 - ☐ Três últimos recibos de vencimento dos elementos do agregado familiar a quem se aplique esta disposição;
 - ☐ Comprovativo do valor de reformas; pensões, incluindo pensões de alimentos; abonos; prestações sociais ou outros rendimentos dos elementos do agregado familiar a quem se apliquem ou declaração da Segurança Social onde constem esses valores, bem como os elementos do agregado familiar que deles usufruem;
 - ☐ Declaração ou extrato bancário relativo aos rendimentos de capitais, de todos os elementos do agregado familiar, caso se aplique;
- ☐ Declaração do Instituto de Emprego e Formação Profissional, IP que ateste quais os elementos do agregado familiar que se encontram em situação de desemprego;
- ☐ Comprovativo do valor de Bolsa de Estudo ou Formação;
- Documentos comprovativos das despesas fixas com:
 - ☐ Habitação permanente (renda de casa, empréstimo bancário);
 - ☐ Encargos inerentes à habitação, mediante apresentação das faturas dos 3 últimos meses da água, luz e gás;
 - ☐ Frequência de respostas sociais, pelos elementos do agregado familiar, a quem se aplique;
- ☐ Declaração médica comprovativa de doença crónica, deficiência ou incapacidade e respetiva medicação.

Mais anexa:

- ☐ Formulário de Adesão e Consentimento ao Programa abem: Rede Solidária do Medicamento da Associação Dignidade.

Declara, sob compromisso de honra que as informações prestadas, bem como os documentos apresentados, correspondem à verdade.

Mais declara tomar conhecimento que:

- é da sua responsabilidade requerer anualmente a atribuição do apoio, mediante apresentação de nova candidatura.
- deve informar a Câmara Municipal sempre que ocorram alteração de rendimentos, composição do agregado familiar, mudança de residência para outro Município e/ou sempre que se verifique alguma situação anómala durante a concessão do apoio.
- a prestação de falsas declarações ou omissões implicam a cessação do direito de comparticipação, podendo o Município da Figueira da Foz determinar ainda a devolução das verbas atribuídas indevidamente, bem como adotar outros procedimentos legais considerados adequados.

Declara ainda que autoriza a Câmara Municipal da Figueira da Foz a consultar a sua situação de dívida/não dívida junto das empresas municipais, bem como efetuar as diligências que considere necessárias para efeito de confirmação das informações prestadas.

Pede deferimento,

O/A Requerente _____ Data: ____/____/____

Informação da Divisão de Educação e Assuntos Sociais

O/A requerente apresentou todos os documentos previstos no artigo 10.º do Regulamento do Figueira Abem: Rede Solidária do Medicamento.

Para efeitos do cálculo do rendimento mensal *per capita* foi aplicada a fórmula prevista no art.º 6º do Regulamento supramencionado.

Uma vez que o rendimento mensal *per capita apurado* é de _____, _____ €, a situação:

- ☐ Preenche os requisitos com vista à atribuição de uma comparticipação nas despesas com a aquisição de medicamentos.
- ☐ Não preenche os requisitos com vista à atribuição de uma comparticipação nas despesas com a aquisição de medicamentos.

Figueira da Foz, _____ de _____ de 20 ____

O/A Técnico/a Superior,

Parecer:

Despacho:

--	--