



Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento REQUERIMENTO

N.º Processo: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome					
Data de Nascimento		Naturalidade		Estado Civil	
Morada					
Código postal					
BI / Cartão Cidadão N.º		Emitido em			Arquivo
Contribuinte N.º		Identificação Seg. Social N.º			N.º Eleitor
Telefone		Telemóvel			

2. IDENTIFICAÇÃO DE TODOS OS ELEMENTOS QUE CONSTITUEM O AGREGADO FAMILIAR

N.º	Nome	Data Nascimento	Grau Parentesco	Estado Civil	Situação Laboral	Rendimentos
1	Requerente					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

3. RENDIMENTOS MENSAIS

RENDIMENTOS		Montante em €
Trabalho dependente e independente:		
Empresariais e profissionais		
Capitais		
Prediais		
Pensões	Reforma	
	Pensão de Invalidez	
	Pensão de Velhice	
	Pensão de Sobrevivência	
	Pensão de alimentos	
	Pensão social	
Prestações sociais	Subsídio de Desemprego	
	Rendimento Social de Inserção	
	outras	
Apoios à habitação com carácter de regularidade		



Bolsa de estudo e de formação	
Total	

Despesas	Montante em €
Rendas com casa ou prestação mensal relativa a empréstimo bancário	
Água (calculada com base na média de acordo com os últimos 3 meses)	
Luz (calculada com base na média de acordo com os últimos 3 meses)	
Telefone (calculada com base na média de acordo com os últimos 3 meses)	
Gás (calculada com base na média de acordo com os últimos 3 meses)	
Despesas com saúde, nomeadamente com a aquisição de medicamentos, paras tratamentos continuados prescritos com receita médica e deslocações.	
Despesas com transportes, nomeadamente no valor do passe social ou valor do título de transporte para deslocações devidamente justificadas.	
Despesas com Educação	
Equipamentos Sociais: despesas com inscrição e mensalidades dos equipamentos sociais devidamente licenciados (ex: creches; jardins de infância; centros de dia; apoio domiciliário; lar de idosos.)	
Créditos pessoais/ créditos ao consumo que após avaliação técnica sejam considerados elegíveis.	
Total	

Declaro tomar conhecimento e aceitar as condições do Programa abem: Rede Solidária do Medicamento, assumindo por minha honra que as declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Sardoal, ____/____/____

Assinatura do candidato

01	Registo de Entrada	02	Serviços de Ação Social	03	Deliberação
Em ____/____/____ O Funcionário _____		Esta inscrição está dentro dos requisitos ☐ não está dentro dos requisitos ☐ pelo que o parecer é _____ Em ____/____/____ A Técnica Superior _____		Conforme Reunião de Núcleo Executivo de ____/____/____ Obs.: _____ _____ _____	



Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento REQUERIMENTO

7. Cópia dos documentos a anexar, referentes a todo o agregado familiar.

Cartão de Eleitor	Comprovativo com créditos pessoais e/ou de consumo.
Documentos comprovativos de todos os rendimentos auferidos (vencimentos, pensões, subsídios, RSI, etc)	Recibo de vencimento (último mês)
Comprovativos com despesas de saúde, declarações médicas, tratamentos.	Declaração IRS (modelo3)
Comprovativo da Renda ou declaração do banco onde conste o valor da prestação com crédito habitação mensal.	Declaração da situação de desemprego
Formulário de Adesão e Consentimento ao Programa <i>abem</i> : Rede Solidária do Medicamento	Três faturas recentes com as despesas com água, luz, gás e telefone.
Comprovativos com despesas da Educação / Equipamentos Sociais	Comprovativos das despesas de transporte

8. Observações:
