câmara municipal de
santa cruz
madeira

Registo de entrada
N.º
NIPG
Data

Fundo Social de Emergência
APOIO FINANCEIRO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAÇÃO

1. Identificação do/a requerente

Nome*

NIF/NIPC* Cartão de Cidadão/Passaporte* Validade*

Morada*

Código-postal* Freguesia* Concelho*

Telefone* Telemóvel* Correio eletrónico*

Representado/a por

Na qualidade de* (1) Cartão de Cidadão/Passaporte* Validade*

2. Agregado familiar

Nome

Idade Relação de parentesco

Nome

Idade Relação de parentesco

Nome

Idade Relação de parentesco

Nome

Idade Relação de parentesco

Nome

Idade | Relação de parentesco

Nome

Idade | Relação de parentesco

Nome

Idade | Relação de parentesco

3. Exposição do pedido

4. Documentos a anexar

☐ Cópia do Cartão de Cidadão, de todos os elementos do agregado familiar;

☐ Relatório médico comprovando a situação de doença crónica ou prolongada;

☐ Últimos três recibos de vencimento, de todos os elementos do agregado familiar, que possuam emprego ou que trabalhem por conta própria;

☐ Declaração emitida pela Segurança Social/Caixa Geral de Aposentações ou outra entidade no caso de pensionistas;

☐ Certificado da situação de desemprego, atualizado no Instituto de Emprego da Madeira (IEM, IP-RAM) (se aplicável), bem como o valor da prestação;

☐ Declaração da Segurança Social, relativa ao extrato de remunerações, em caso de inexistência de recibos de vencimento e/ou de inscrição no Instituto de Emprego da Madeira;

☐ Declaração do Rendimento Social de Inserção (RSI), emitido pelo Instituto de Segurança Social da Madeira (se aplicável);

☐ Última declaração de IRS, dos elementos do agregado familiar, maiores de idade;

☐ Última declaração de IRC, de rendimentos empresariais (se aplicável);

☐ Contrato e recibo de arrendamento;

☐ Documento comprovativo do pagamento de empréstimo bancário, para a aquisição da habitação do agregado familiar, com indicação da prestação mensal e do prazo de pagamento;

☐ Atestado da Junta de Freguesia do local de residência, a comprovar a composição do agregado familiar, com indicação do tempo de residência no concelho;

☐ Documentos referentes às despesas fixas do agregado familiar: habitação, água, eletricidade, gás, medicação contínua imprescindível, educação e saúde, referentes aos últimos três meses;

☐ Cópia da declaração de pensão de alimentos, para o caso de pais separados;

☐ Outros documentos

Requerente/Representante

* Campos de preenchimento obrigatório.

(1) Indicar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para iniciar o procedimento administrativo ou intervir nele.

☐ Declaro conhecer e comprometer-me a cumprir o Regulamento do Fundo Social de Emergência.

☐ Aceito expressamente que os meus dados sejam utilizados pelo Município de Santa Cruz, para a gestão do processo.

☐ Autorizo ser notificado/a através do correio eletrónico e/ou contactado/a através do(s) número(s) telefónico(s) indicado(s).

Declaro que tomei conhecimento que a não apresentação de todos os documentos necessários e a entrega do pedido no **período definido no Edital**, poderá ter como consequência o indeferimento do pedido.

Pede deferimento,

O/A requerente/representante

Serviço de Atendimento

O/A Técnico/a de Atendimento verifica o processo e aconselha o/a requerente/representante a não entregar o mesmo sem que esteja completo.

O/A Técnico/a de Atendimento