



FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

NÚMERO: _____
DATA DE ENTREGA: ___/___/___ (a preencher pelos Serviços)
REQUERENTE/BENEFICIÁRIO/A:
IDADE:
MORADA:
FREGUESIA:
CÓDIGO POSTAL:
CONTACTOS: Telefone _____ Telemóvel: _____ Email: _____
Nº BILHETE DE IDENTIDADE ou CARTÃO DE CIDADÃO:
Nº IDENTIFICAÇÃO FISCAL:
Nº IDENTIFICAÇÃO SEGURANÇA SOCIAL:
Nº UTENTE SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE:
AGREGADO FAMILIAR:
PRODUTO DE APOIO SOLICITADO:
ASSINATURA:



DOCUMENTOS A ANEXAR:

Fotocópia do Bilhete de Identidade ou Cartão Cidadão;

Fotocópia do Cartão de Identificação Fiscal;

Fotocópia do Cartão de Identificação da Segurança Social;

Fotocópia do Cartão do Serviço Nacional de Saúde;

Fotocópia da Declaração de IRS do último ano de todos os elementos que constituem o agregado familiar;

Fotocópia da prescrição médica, comprovando a necessidade de utilização do produto de apoio.

Fotocópia dos Rendimentos:

- último recibo de vencimento/pensão de todos os elementos do agregado familiar;
- último recibo de rendimentos prediais;
- outros rendimentos.

Fotocópia das Despesas:

- renda ou prestação habitacional;
- água;
- luz;
- gás;
- telefone;
- medicação;
- outras despesas.