



Município do Cadaval
Câmara Municipal

MGD _____

Data ____/____/____

O(A) Trabalhador(a) _____

Exmo(a) Senhor(a)
Presidente da Câmara Municipal

CANDIDATURA AO PROGRAMA ABEM

A - Identificação do(a) requerente			
Nome			
BI/CC	NIF	Passaporte	
Morada			
Localidade	Código postal		
Endereço eletrónico			
Telemóvel	Telefone		

B - Qualidade do(a) requerente (assinalar com X se aplicável)			
<input type="checkbox"/>	Proprietário(a)	<input type="checkbox"/>	Representante
<input type="checkbox"/>	Pai/Mãe	<input type="checkbox"/>	Arrendatário(a)
a) Outros			

C - Endereços preferenciais para efeitos de comunicação (Preencher apenas se diferente do quadro A)			
Morada			
Localidade	Código postal		
Endereço eletrónico			
Telemóvel	Telefone		

D - Composição do Agregado Familiar			
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	
Nome			BI/CC/CP
NIF	Nº. Segurança Social	Nº. Utente Saúde	

Informação sobre o tratamento de dados pessoais | Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) – Regulamento (UE) 2016/679

Em conformidade com o RGPD, o Município do Cadaval, enquanto responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, informa que a finalidade do tratamento dos dados recolhidos é a expressa no presente requerimento. Todo o Município pode exercer os seus direitos, nomeadamente: Direito de Informação, de acesso, de retificação, de apagamento (somente em determinadas situações), de limitação do tratamento, de portabilidade, de oposição, de ser informado em caso de violações de segurança. Para exercer os seus direitos pode contactar, através do e-mail: dados pessoais.epd@cm-cadaval.pt



E - Vem requerer

O acesso ao medicamento ambulatorio, considerando que me encontro numa situação de carência económica, que me impossibilita de adquirir medicamentos comparticipados que me sejam prescritos por receita médica.

F - Lista de documentos a anexar/apresentar ao requerimento

	Cartão de Cidadão ou B.I. e NIF de todos os elementos que constituem o agregado familiar
	Comprovativo de autorização de residência (para cidadãos estrangeiros)
	Declaração da Junta de Freguesia a atestar a residência e a composição do agregado familiar
	Declaração do IRS referente aos rendimentos auferidos no ano anterior/Declaração de isenção emitida pela Repartição de Finanças
	Declaração emitida pela Segurança Social a comprovar se recebe subsidio de doença, desemprego, RSI e/ou outras prestações familiares (Abono de família, subsidio vitalício), valor e respetivo(s) período(s) de concessão
	Declaração emitida pela Segurança Social a comprovar se no presente efetuou ou não descontos para a Segurança Social, valor e respetivo(s) período(s) de e com descontos
	Declaração emitida pelo Centro de Emprego, se algum elemento se encontrar desempregado comprovando que a inscrição se encontra ativa

Documentos de Rendimentos

	Rendimentos do trabalho dependente e independente (recibo de vencimento dos elementos do agregado familiar, etc)
	Declaração da pensão de reforma / prestação social de inclusão dos elementos do agregado familiar
	Pensão de alimentos
	Seguros de acidente / Indemnizações
	Rendimentos de capitais e prediais
	Outros rendimentos do agregado familiar

Documentos de Despesas

	Dois últimos recibos de electricidade / gás / água e telecomunicações
	Recibo de renda ou de amortização de empréstimo habitação
	Passe social para o trabalho
	Transportes Escolares dos alunos do ensino secundário
	Mensalidade do Centro de dia / Serviços de Apoio Domiciliário
	Seguros de vida / saúde e multirriscos
	Condomínio, em caso de habitação própria

G - Data e assinatura do(a) requerente

Data	
Assinatura	

H - A preencher pelos serviços

Conferi a assinatura conforme documento de identificação.

O(A) Trabalhador(a)	
---------------------	--

G - Instruções para o preenchimento do requerimento	
Os campos A, B, E, e F do requerimento são todos de preenchimento obrigatório	
A	A identificação completa do(a) requerente
B	Assinalar com X a qualidade em que o(a) requerente apresenta o pedido, mediante apresentação de documento comprovativo (caso Aplicável)
C	A identificação completa da morada, do endereço eletrónico, do telefone e telemóvel, para o qual pretende que sejam efetuados todas as comunicações (<i>Preencher apenas se diferente do quadro A</i>)
D	O campo D deve ser preenchido com os dados de todos os elementos do agregado familiar
F	Assinalar com X os documentos entregues
G	A data do pedido A assinatura do requerente, ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar