

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO PROGRAMA ABEM: REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO

1. Identificação Requerente/Beneficiário

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

Freguesia: _____ Concelho: _____

Distrito: _____

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Morada: _____

Contacto telefónico: _____

Correio eletrónico: _____

2. Composição do Agregado Familiar

Beneficiário [2]

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Relação Familiar com o Requerente: _____

Beneficiário [3]

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Relação Familiar com o Requerente: _____

Beneficiário [4]

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Relação Familiar com o Requerente: _____

Beneficiário [5]

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Relação Familiar com o Requerente: _____

Beneficiário [6]

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Relação Familiar com o Requerente: _____

Beneficiário [7]

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Género: Feminino Masculino

BI/CC n.º: _____ NIF: _____ NISS: _____

Relação Familiar com o Requerente: _____

3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude e a metodologia e operacionalização do Programa abem: Rede Solidária do Medicamento.
- b) Autorizo o tratamento pela Associação Dignitude dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Projeto abem.
- c) A qualquer momento poderei ter acesso aos meus dados pessoais, assim como opor-me ao seu tratamento ou solicitar a retificação, supressão ou bloqueio dos mesmos, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignitude (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra).
- d) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto abem: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignitude e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- e) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.
- f) Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignitude facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- g) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa abem: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignitude.

_____, __/__/__

(assinatura do requerente) _____

A preencher pelos Serviços

Entidade de Referência: Câmara Municipal de Alijó	Código:
N.º do Processo:	Data de Entrada:

ANEXO I

Documentos obrigatórios a juntar de todos os elementos que fazem parte do agregado familiar:

a) Atestado de residência e da composição do agregado familiar passado pela Junta de Freguesia.	<input type="checkbox"/>
b) Apresentação do Documento de identificação para validar os dados referentes no formulário de candidatura.	<input type="checkbox"/>
c) Atestado médico em como é portador de doença crónica. Se aplicável.	<input type="checkbox"/>
d) Comprovativo do grau de incapacidade ou de deficiência. Se aplicável.	<input type="checkbox"/>
e) Declaração médica de incapacidade para o trabalho ou declaração do IEFP, em como se encontra desempregado, quando a situação o exija.	<input type="checkbox"/>
f) Declaração de IRS ou de Isenção (rendimentos do trabalho dependente e independente) e recibo do último mês.	<input type="checkbox"/>
g) Certidão dos bens patrimoniais e rendimentos prediais (rendas dos prédios rústicos e urbanos...).	<input type="checkbox"/>
h) Rendimentos empresariais e profissionais (rendimento anual no domínio das atividades de trabalhadores independentes, declaração do IFDAP e do IVP). Se aplicável.	<input type="checkbox"/>
i) Pensões (pensões de velhice, de invalidez, de sobrevivência, de aposentação, de reforma, ou outras de idêntica natureza, rendas temporárias ou vitalícias, pensões de alimentos, prestações a cargo de companhias de seguro ou fundo de pensões). Se aplicável.	<input type="checkbox"/>
j) Prestações sociais (subsídio de desemprego, RSI, Fundo de Garantia...). Se aplicável.	<input type="checkbox"/>
k) Subsídio de rendas de casa ou outros apoios públicos a habitação, com carácter regular. Se aplicável.	<input type="checkbox"/>

Notas:

- Podem ainda ser solicitados outros documentos que os serviços do Município considerem necessários para a avaliação da situação socioeconómica do agregado
- A falta dos documentos que devem acompanhar a candidatura, adequados a cada agregado familiar, implica o indeferimento da mesma