

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) _____,
 Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐
 Freguesia de _____, Concelho de _____ Distrito de _____
 BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____
 N.º Beneficiário *abem*: _____

2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) _____,
 Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____
 Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐
 BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [3]) _____,
 Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____
 Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐
 BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [4]) _____,
 Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____
 Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐
 BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

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*: Rede Solidária do Medicamento.
- 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/beneficiário [1]) _____

(assinatura do beneficiário [2]) _____

(assinatura do beneficiário [3]) _____

(assinatura do beneficiário [4]) _____

ANEXO I

1. Identificação Requerente/Beneficiário

Nome: _____

Freguesia: _____ **Concelho:** _____

Nacionalidade: _____ **Naturalidade:** _____

Morada: _____

Contacto Telefónico: _____

Correio Eletrónico: _____

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. | ☐ |
| b) Apresentação do Documento de identificação para validar os dados referentes no formulário de candidatura. | ☐ |
| c) Atestado médico em como é portador de doença crónica. Se aplicável. | ☐ |
| d) Comprovativo do grau de incapacidade ou de deficiência. Se aplicável. | ☐ |
| e) Declaração médica de incapacidade para o trabalho ou declaração do IEFP, em como se encontra desempregado, quando a situação o exija. | ☐ |
| f) Declaração de IRS ou de Isenção (rendimentos do trabalho dependente e independente) e recibo do último mês. | ☐ |
| g) Certidão dos bens patrimoniais e rendimentos prediais (rendas dos prédios rústicos e urbanos...). | ☐ |
| h) Rendimentos empresariais e profissionais (rendimento anual no domínio das atividades de trabalhadores independentes, declaração do IFDAP e do IVP). Se aplicável. | ☐ |
| 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. | ☐ |
| j) Prestações sociais (subsídio de desemprego, RSI, Fundo de Garantia...). Se aplicável. | ☐ |
| k) Subsídio de rendas de casa ou outros apoios públicos a habitação, com carácter regular. Se aplicável. | ☐ |

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

Câmara Municipal de Alijó
Rua General Alves Pedrosa n.º13
5070-051 Alijó

T. +351 259 957 100 | E. geral@cm-alijo.pt
www.cm-alijo.pt