

Registo de Entrada
MGD n.º _____ / _____
Recebido em ____ / ____ / 20 ____

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA - Candidatura

Setor Social e Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

N.º de Identificação Fiscal* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nome /Denominação* | _____

Domicílio/Sede* | _____

Freguesia* | _____ Cód.Postal* | ____|____|____|____|____|____| - |____|____|____|____|____|____| Concelho* | _____

Contacto Telefónico* | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| E-mail *(Maiúsculas) | _____

CC | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Data de Validade | ____|____|____|____|____|____| / |____|____|____|____|____|____| / |____|____|____|____|____|____|

Representante | _____ NIF | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

* preenchimento obrigatório

Exm.º Senhor
Presidente da Câmara Municipal de
Arruda dos Vinhos

AGREGADO FAMILIAR

Nome	Data de Nascimento
1 - Utente	
2	
3	
4	
5	

Observações: _____

Podem beneficiar do Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município, as pessoas com mais de 60 anos, que reúnam duas das seguintes condições nos termos do Regulamento:

- Vivam sozinhas;
- Vivam em isolamento geográfico/social;
- Estejam acamadas;
- Sejam deficientes físicos e dependentes de terceiros;
- Tenham problemas de saúde;
- Vivam em situação socioeconómica desfavorecida.

Formalidade - Possui telefone de rede fixa na residência:

Sim Não

CRITÉRIO ESPECIAL

Estatuto Municipal Cuidador Informal

Pede deferimento

Arruda dos Vinhos, ____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não puder assinar)

DOCUMENTOS A ANEXAR

- Fotocópia da declaração de IRS do ano anterior e respetiva demonstração de liquidação ou, no caso de não ter efetuado a declaração de IRS no ano anterior, certidão comprovativa dessa situação;
- Declaração dos montantes auferidos referente às prestações pagas pelo Instituto de Segurança Social, IP., relativamente ao ano anterior;
- Declaração do médico que mencione a necessidade do serviço de teleassistência nas situações descritas nas alíneas c), d) e e) do número 1) do artigo 4.º;
- Declaração da farmácia com o valor aproximado das despesas mensais em medicação de todos os elementos do agregado familiar;
- Outros comprovativos de receitas e/ou despesas.

Conferi a documentação. O Funcionário | _____ Rubrica | _____

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

Declaro, ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dou o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados recolhidos por parte do Município de Arruda dos Vinhos, podendo os mesmos ser acedidos por outras entidades, sempre que necessário, no âmbito de todas as atividades de tratamento, e manutenção de aplicações informáticas solicitadas pelo Município.

Autorizo o envio de comunicações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico acima indicado* Sim Não

*As notificações e comunicações aos interessados de todas as decisões ou informações que possam ser efetuadas por via postal simples, serão realizadas através de correio eletrónico, conforme previsto no artigo 112º do CPA. Sempre que não possa processar-se por via eletrónica, a notificação é efetuada por via postal simples. O requerente presume-se notificado em consonância com o previsto no artigo 113º do CPA.

Autorizo a utilização dos meus contactos para efeitos de divulgação de iniciativas do Município Sim Não

Declaro sob compromisso de honra que tomei conhecimento e aceito o disposto no Regulamento Municipal do Serviço de Teleassistência Domiciliária.

O Requerente

Arruda dos Vinhos, _____ de _____ de 20_____.

