



PROGRAMA EM CASA COM SEGURANÇA CANDIDATURA

REG° SM _____

Exm° Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra

Apresento a V. Exa. Candidatura ao Programa Em Casa com Segurança. Declaro tomar conhecimento e aceitar as suas condições, bem como as menções referentes ao Direito à Informação constantes do final do presente formulário.

1. Identificação

(nome completo) _____,

nascido em (data) ____/____/____, no estado civil de _____ género (escolha opção):

☐ - Masculino; ☐ - Feminino

com morada na (Rua, Avª) _____

(nº/ote) _____, (andar) _____, (localidade) _____, (cód.

postal) _____ - _____, Freguesia de _____, com

o telefone nº _____, telemóvel nº _____ nº de eleitor _____

Sistema de Saúde _____ nº Beneficiário _____ Contrib. Nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº _____ com

o (escolha opção):

☐ - Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão nº _____

de ____/____/____ emitido pelo Arquivo de Identificação de _____;

☐ - Passaporte nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____

☐ - Outro (especificar) _____

2. Composição do Agregado Familiar

Vive só

☐ - Sim ☐ - Não

2.1. – Preencha os quadros que se seguem (valores em €):

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Remuneração	Reform/Pens.

Divisão de Saúde e Ação Social

Rua. Dr. Álvaro de Vasconcelos, lote 2-1º Portela de Sintra - 2710-420 SINTRA

Telefone : 21 923 60 19/21 923 60 21/24/08 Fax : 21 923 60 38 e-mail: dsas@cm-sintra.pt

2.2. - Dados dos componentes do agregado familiar:

2.2.1. (nome completo) _____,

nascido em (data) ____/____/____, no estado civil de _____ género (escolha opção):

☐ - Masculino; ☐ - Feminino

com profissão _____ telemóvel nº _____ nº de eleitor _____

Sistema de Saúde _____ Cartão de utente nº _____ Contrib. Nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº _____

com o (escolha opção):

☐ - Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão nº _____ de ____/____/____

emitido pelo Arquivo de Identificação de _____;

☐ - Passaporte nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____☐ - Outro (especificar) _____

Parentesco / Relação com o candidato _____

2.2.2. (nome completo) _____,

nascido em (data) ____/____/____, no estado civil de _____ género (escolha opção):

☐ - Masculino; ☐ - Feminino

com profissão _____ telemóvel nº _____ nº de eleitor _____

Sistema de Saúde _____ Cartão de utente nº _____ Contrib. Nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº _____

com o (escolha opção):

☐ - Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão nº _____ de ____/____/____

emitido pelo Arquivo de Identificação de _____;

☐ - Passaporte nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____☐ - Outro (especificar) _____

Parentesco / Relação com o candidato _____

2.2.3. (nome completo) _____,

nascido em (data) ____/____/____, no estado civil de _____ género (escolha opção):

☐ - Masculino; ☐ - Feminino

com profissão _____ telemóvel nº _____ nº de eleitor _____

Sistema de Saúde _____ Cartão de utente nº _____ Contrib. Nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº _____

com o (escolha opção):

☐ - Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão nº _____ de ____/____/____

emitido pelo Arquivo de Identificação de _____;

☐ - Passaporte nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____☐ - Outro (especificar) _____

Parentesco / Relação com o candidato _____

Divisão de Saúde e Ação Social

Rua. Dr. Álvaro de Vasconcelos, lote 2-1º Portela de Sintra - 2710-420 SINTRA

Telefone : 21 923 60 19 / 21 923 60 21 / 24 / 08 Fax : 21 923 60 38 e-mail: dsas@cm-sintra.pt

2.2.4. (nome completo) _____,
nascido em (data) ____/____/____, no estado civil de _____ género (escolha opção):

☐ - Masculino; ☐ - Feminino

com profissão _____ telemóvel nº _____ nº de eleitor _____

Sistema de Saúde _____ Cartão de utente nº _____ Contrib. Nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº _____

com o (escolha opção):

☐ - Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão nº _____ de ____/____/____
emitido pelo Arquivo de Identificação de _____;

☐ - Passaporte nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____

☐ - Outro (especificar) _____

Parentesco / Relação com o candidato _____

3. Despesas Mensais

	Montante em €
Habitação (renda, amortização)	_____, ____ €
Água	_____, ____ €
Luz	_____, ____ €
Gás	_____, ____ €
Telefone Fixo	_____, ____ €
Total	_____, ____ €

4. Pagamento de IRS

☐ - Sim ☐ - Não

Valor pago _____, ____ €

5. Aspetos Particulares

5.1. Motivos da inscrição (escolha simples ou múltipla):

☐ - Saúde ☐ - Segurança ☐ - Solidão ☐ - Outros (especificar):

5.2. Dados de Saúde

É portador de deficiência (escolha simples ou múltipla):

☐ - Motora ☐ - Sensorial ☐ - Mental

Tem diabetes? ☐ - Sim ☐ - Não

Grau de Mobilidade: ☐ - Dependente ☐ - Autónomo
 Vê bem? ☐ - Sim ☐ - Não
 Ouve bem? ☐ - Sim ☐ - Não
 Problemas Cardíacos ☐ - Sim ☐ - Não

Grupo Sanguíneo: _____; Intervenções cirúrgicas: _____

Medicamentos que toma: _____

Alergias: _____

6. Rede de Apoio Social

Centro de Saúde da zona: _____ Telefone: _____

Médico de Família: _____ Telefone: _____

Hospital mais próximo: _____ Telefone: _____

Médico particular : _____ Telefone: _____

Bombeiros locais : _____ Telefone: _____

Polícia / GNR : _____ Telefone: _____

7. Rede de Suporte (familiares, amigos vizinhos)

7.1. (nome completo) _____,

com morada na (Rua, Av^a) _____

(nº/lote) _____, (andar) _____, (localidade) _____, (cód.

postal) _____ - _____, Freguesia de _____, com

o tel. de casa nº _____, com o tel. de emprego nº _____, telemóvel nº _____

Parentesco / Relação com o candidato _____

Dispõe de chave da residência do candidato ☐ - Sim ☐ - Não

7.2. (nome completo) _____,
 com morada na (Rua, Av^a) _____
 (nº/lote) _____, (andar) _____, (localidade) _____, (cód.
 postal) _____ - _____, Freguesia de _____, com
 o tel. de casa nº _____, com o tel. de emprego nº _____, telemóvel nº _____
 Parentesco / Relação com o candidato _____

Dispõe de chave da residência do candidato

☐ - Sim

☐ - Não

7.3. (nome completo) _____,
 com morada na (Rua, Av^a) _____
 (nº/lote) _____, (andar) _____, (localidade) _____, (cód.
 postal) _____ - _____, Freguesia de _____, com
 o tel. de casa nº _____, com o tel. de emprego nº _____, telemóvel nº _____
 Parentesco / Relação com o candidato _____

Dispõe de chave da residência do candidato

☐ - Sim

☐ - Não

Pede Deferimento, _____ de _____ de _____

O CANDIDATO

IMP.PS.01.008.01

Parecer Técnico (para uso exclusivo dos serviços): _____

DESPACHO: _____

Nº da Unidade de Base _____

Instruções

Juntar:

- a) Cópia de Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão;
- b) Cópia de Cartão de Eleitor;
- c) Cópia de Cartão de Beneficiário da Segurança Social e Cartão de Utente;
- d) Cópia de Declaração de IRS do candidato e dos elementos do agregado familiar, que com ele habitem referentes ao ano anterior à candidatura;
- e) Cópia dos documentos comprovativos de despesas mensais;
- f) Outros documentos relevantes à apreciação da candidatura;

Não tendo o candidato nacionalidade portuguesa, a cópia do Bilhete de Identidade e do Cartão de Eleitor são substituídos por cópia do título habilitante à residência permanente em território português, emitido pelo organismo competente, nos termos legalmente aplicáveis.


As cópias dos documentos referidos nas alíneas a) e b), ou equivalente, e c) d) devem ser confrontados com os respetivos originais pelo funcionário que efetue a receção do pedido.

Notas:

- Os presentes dados irão ser objeto de tratamento informático, tendo o titular dos dados o direito de informação nos termos do nº1 e 2 do artº 10º da Lei 67/98 de 26.10.1998, a qual transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados - Lei da Proteção de Dados Pessoais.

Direito à Informação

- Responsável pelo tratamento → Presidente da Câmara
- Finalidades de tratamento → Tratamento do processo do candidato no âmbito da Divisão de Saúde e Ação Social.
- Destinatários ou categorias de destinatários dos dados → Serviço municipal interventor no processo.
- As respostas aos dados integrantes no formulário são obrigatórias sob pena de rejeição da inscrição.
- Os dados disponibilizados podem ser, a todo o tempo, acedidos, eliminados ou alterados pelo interessado, podendo este exercer o seu direito pessoalmente ou por escrito.

	RECIBO DE ENTREGA		REGº SM _____
	ASSUNTO: PROGRAMA EM CASA COM SEGURANÇA - CANDIDATURA		
	Assinatura do Funcionário: _____		
	Categoria: _____ Data : ____/____/____		

Divisão de Saúde e Ação Social
 Rua. Dr. Álvaro de Vasconcelos, lote 2-1º Portela de Sintra - 2710-420 SINTRA
 Telefone : 21 923 60 19 / 21 923 60 21 / 24 / 08 Fax : 21 923 60 38 e-mail: dsas@cm-sintra.pt