



BANCO DE RECURSOS DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DO MUNICÍPIO DE SINTRA

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

(nº _____ SM)

Exmo Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra

1. Identificação

(nome completo) _____

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

☐ – Masculino ☐ – Feminino

com morada na (Rua, Av^a) _____

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

(cód. postal) _____ - _____, Freguesia de _____

com o telefone nº _____, telemóvel nº _____, Cartão de Eleitor nº _____, Sistema de

Saúde _____ Cartão de utente nº _____, Contribuinte nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº _____, e-mail _____

com o (escolha opção):

☐ Bilhete de Identidade nº _____ de ____/____/____ emitido pelo _____

☐ Cartão de Cidadão nº _____ válido até ____/____/____.

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

☐ Outro (especificar) _____

Vem requerer a V.Exa. a inscrição no Banco de Recursos, apresentando a respetiva candidatura e fornecendo os elementos que se seguem para avaliação da situação.

2. Composição do Agregado Familiar

Identificação	Género	Data de nascimento	Relação familiar	Situação Laboral	Naturalidade	Nacionalidade
Requerente						

Obs. _____

3. Rendimentos mensais

Rendimentos		Montante em €
Trabalho		
Pensões	Reforma	
	Pensão de Invalidez	
	Pensão de Velhice	
	Pensão de Sobrevivência	
	Pensão de alimentos	
	Pensão social	
	Outras	
Subsídio de Desemprego		
Subsídio de Doença		
Abono de Família		
Bolsa de Estudo		
Rendimento Social de Inserção		
Complemento Solidário para Idosos		
Fundo de Garantia		
Outros rendimentos		
Total		

4. Despesas Mensais

Despesas	Montante em €
Habituação (renda, amortização)	
Água	
Eletricidade	
Gás	
Equipamentos de Apoio à família: Despesas com inscrição e mensalidades dos equipamentos sociais devidamente licenciados (ex.: Creches, Jardins de Infância, ATL's, Centros de Dias, Apoio Domiciliário, Lares de Idosos, etc.)	
Transportes para trabalho ou educação (passe social)	
Medicação crónica: Tratamentos e medicação de uso continuado com receita médica	
TOTAL	

Declaro tomar conhecimento e aceitar as condições do Regulamento do Banco de Recursos de Apoio às Famílias do Município de Sintra, assumindo por sua honra que as informações prestadas correspondem à verdade.

Pede Deferimento, _____ de _____ de _____

O Candidato,

IMP.PS.01.021.02

Conferi os documentos: (assinatura legível):

Categoria:

Parecer Técnico (para uso exclusivo dos serviços):

5. Despacho:

A Chefe de Divisão

Data ____/____/____

A Diretora de Departamento

Data ____/____/____

O Presidente/Vereador

Data ____/____/____

Instruções

Juntar:

- Cópia de Bilhete de Identidade ou cartão do cidadão;
- Cópia de cartão de Eleitor, ou na sua falta atestado de residência emitido pela Junta de Freguesia territorialmente competente em razão de residência;
- Cópia de Cartão de Contribuinte;
- Cópia dos documentos comprovativos das despesas mensais (habitação, água, gás, eletricidade, equipamentos sociais, transporte, medicamentos);
- Cópia da declaração de IRS do candidato e dos elementos do agregado familiar, que com ele habitem referentes ao ano anterior à candidatura, ou quando tal não for aplicável, certidão comprovativa da situação, emitida pelo serviço local de finanças ou código login de acesso ao site das finanças para comprovação da situação fiscal;
- Não tendo o candidato nacionalidade portuguesa, a cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão é substituída por cópia do título habilitante à residência em território português, emitido pelo organismo competente, nos termos legalmente aplicáveis.

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 população 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 do Departamento de Solidariedade e Inovação Social
- Destinatários ou categorias de destinatários dos dados → serviço municipal interventor no processo
- A resposta aos dados integrantes no formulário é obrigatória sob pena da 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.

Regulamentação:

Regulamento do Banco de Recursos de Apoio às Famílias do Município de Sintra, aprovado pela Assembleia Municipal de Sintra a 23 de Novembro de 2012

	RECIBO DE ENTREGA	REGº SM _____
	ASSUNTO: BANCO DE RECURSOS DE APOIO ÀS FAMILIAS FORMULÁRIO DE CANDIDATURA	
	Assinatura do Funcionário: _____	
	Categoria: _____ Data: ____/____/____	

Departamento de Solidariedade e Inovação Social
 Rua Dr. Álvaro de Vasconcelos, nº 8 – 1º, Portela de Sintra – 2710-420 SINTRA
 Telefone: 21 923 60 07 / 21 923 60 08 Fax: 21 923 60 38 e-mail: dsas@cm-sintra.pt