

REQUERIMENTO

Requerimento para SOS-Solidão- Câmara Municipal de Alvaiázere

(Nos termos das alíneas g) e h) n.º 2 do art.º 23.º da Lei75/2013, de 12 de setembro)

Registo n.º _____
 Processo n.º _____
 Data ____ / ____ / ____
 Funcionário _____

DESPACHO

Processo (GASS)

N.º _____ / _____

Classificação: _____

Ex.º Senhor Presidente da Câmara Municipal de Alvaiázere

Identificação do requerente

Nome _____

Idade _____ anos Data de Nascimento ____ / ____ / ____

C.C./B.I. n.º _____ emitido em/válido até ____ / ____ / ____ NIF/NIPC _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Freguesia _____ Concelho _____ Telefone _____

Telemóvel _____ Correio eletrónico _____

Para efeitos do presente pedido, autorizo a notificação via correio eletrónico

Pretensão

Vem requerer a V.ª Ex.ª ajuda através do Serviço "SOS-Solidão", por se encontrar numa situação de carência económica e isolamento (*), para que lhe seja disponibilizado um telemóvel, a fim de lhe ser garantido o rápido auxílio em situações de ameaça à integridade física e psicológica.

(*) riscar, se não for o caso.

Pede deferimento,

Data e assinatura

Alvaiázere, ____ de _____ de 20 ____

O requerente,

(*)Para o efeito, esclarece que o seu agregado familiar é composto pelos elementos indicados no quadro seguinte:

Nome	Parentesco	Data de Nascimento	N.º de Segurança Social/CGA/Outro	N.º de Contribuinte	Habilitações Literárias
	Titular				

Para o efeito, informa que as remunerações mensais (vencimentos, pensões, reformas, subsídios de desemprego e doença, rendimento social de inserção e outros) de todos os elementos do agregado familiar, são as seguintes:

Nome do Titular da remuneração	Proveniência (vencimentos, pensão)	Entidade Patronal	Valor Ilíquido Mensal

.....
.Situação Sócio-Familiar:

Recebe Apoio: Sim Não

Isolado Com apoio familiar Com apoio de vizinhos

.Situação Institucional:

Está integrado em instituição: Sim Não Se sim qual? _____

Serviço de Apoio Domiciliário Centro de Dia Centro de Convívio

.Situação Clínica:

Principal Patologia: AVC Diabetes Doenças cardiovasculares Doenças respiratórias

Problemas de audição Problemas de visão

Grau de Mobilidade: Dependente Autónoma

Acamado: Sim Não

Vive Sozinho? Sim Não

Se vive sozinho (identificação de familiares ou vizinhos)

Parentesco	Nome	Idade	Localidade/ Freguesia

(Sem a entrega de todos os documentos necessários à validação do pedido, este não terá efeito)

Documentos a apresentar:

- Fotocópia do Bilhete de Identidade, cartão de contribuinte e número de identificação de segurança social ou do Cartão de Cidadão, de todos os elementos do agregado familiar;
- Atestado da Junta de Freguesia a comprovar agregado familiar, morada e tempo de residência;
- Documentos comprovativos dos rendimentos ilíquidos de todos os elementos do agregado familiar: Declaração de rendimentos de IRS e respetiva nota de liquidação **OU** declaração negativa de rendimentos;
- Declaração da entidade empregadora de todos os elementos do agregado familiar, onde conste local atual de trabalho e retribuição ilíquida auferida;
- Declaração Anual da Segurança Social, ou de outra entidade, comprovativa de pensões auferidas por todos os elementos do agregado familiar, nomeadamente pensão de invalidez, de sobrevivência, subsídio mensal vitalício, pensão de alimentos, de velhice, de assistência à terceira pessoa, complemento solidário para idosos, outros;
- Último recibo de renda ou prestação mensal do empréstimo da habitação;
- Comprovativo da situação de doença grave ou de deficiência;
- Outros documentos com relevância.

Validação *

Conferi a assinatura pelo C.C./B.I. n.º _____ emitido/válido até ____ / ____ / ____

O funcionário _____

O gestor do procedimento _____

Poderá ser contactado na Unidade Orgânica _____

Pago pela guia nº _____, de ____ / ____ / _____, no valor de _____ €

*** A preencher pelos serviços**