CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

Registo N.º:
Data:
_____ MGD _____

Exmo./a Senhor/a Presidente
da Câmara Municipal de Coimbra

Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento

Requerente
Nome _____
Data Nas. _____/ _____/ _____
Morada _____
Freguesia _____ **Código Postal** _____ - _____
NISS _____ **NIF** _____
Contacto _____ **E-mail** _____

Proc. nº _____

Objeto do Pedido
Vem por este meio solicitar a V. Ex.ª que seja concedida ao agregado familiar a comparticipação na aquisição de medicamentos, no âmbito do **Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento**, porquanto entende cumprir com a Condição de Recursos prevista no art.º 3º do Anexo ao Protocolo celebrado entre o Município de Coimbra e a Associação Dignitude.

Documentos Obrigatórios para Instrução do Processo

Nos termos da Condição de Recursos, ao presente requerimento anexa os documentos :

Documentos de identificação de todos os elementos do agregado familiar:

- ☐ Documento de identificação – cópia com inscrição aposta da respetiva autorização;
- ☐ Título de Residência das pessoas oriundas de outros países – cópia com inscrição aposta da respetiva autorização;
- ☐ Número de Identificação Fiscal, Número de Identificação da Segurança Social e Número de Utente da Saúde dos elementos do agregado familiar, que não possuam Cartão de Cidadão.

Comprovativos dos rendimentos auferidos por todos os elementos do agregado familiar, quando aplicável:

- ☐ Três últimos recibos dos rendimentos de trabalho dependente e independente;
- ☐ Reformas e pensões, incluindo pensões de alimentos;
- ☐ Prestações sociais (exceto as prestações por encargos familiares, por deficiência e por dependência);
- ☐ Bolsa de Estudo ou Formação;
- ☐ Subsídios de renda de casa ou outros apoios públicos à habitação, com caráter regular;
- ☐ Última declaração de IRS ou declaração de isenção emitida pela Autoridade Tributária;
- ☐ Declaração ou extrato bancário relativo aos rendimentos de capitais.

☐ Declaração do IEFP que ateste a situação de desemprego e respetiva inscrição para procura ativa de emprego, quando aplicável.

Comprovativos das despesas fixas com:

- ☐ Habitação permanente (renda de casa, empréstimo bancário);
- ☐ Encargos inerentes à habitação, mediante apresentação das faturas dos 3 últimos meses da água, luz e gás.

Comprovativos de doença:

- ☐ Relatório clínico/Declaração médica comprovativa de doença crónica e respetiva medicação;
- ☐ Declaração comprovativa da despesa mensal com medicação emitida por entidade farmacêutica.

A Câmara Municipal de Coimbra reserva-se o direito de dispensar a apresentação de alguns dos documentos mencionados, desde que devidamente fundamentada ou de solicitar outros que considere necessários.

Consentimento Informado de Utilização e Cedência de Dados Pessoais
☐ Autorizo que o Município de Coimbra proceda à recolha e tratamento dos meus dados pessoais e do meu agregado família com a finalidade expressa deste requerimento, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). ☐ Autorizo que o Município de Coimbra partilhe com a Associação DIGNITUDE os meus dados pessoais e do meu agregado familiar, que são essenciais para a referenciação e emissão do Cartão *abem*, obrigando-se esta a proceder em conformidade com o RGPD.

Declaração do/a Requerente
Declara: • sob compromisso de honra que as informações prestadas, bem como os documentos apresentados, correspondem à verdade; • não possuir dívidas ao Município de Coimbra. Mais declara que: • é da sua responsabilidade requerer anualmente a atribuição do apoio, mediante apresentação de novo requerimento. • deve informar a Câmara Municipal sempre que ocorram alteração de rendimentos, composição do agregado familiar, mudança de residência para outro Município e/ou sempre que se verifique alguma situação anómala durante a concessão do apoio. • a prestação de falsas declarações ou omissões implicam a cessação do direito de comparticipação, podendo o Município de Coimbra determinar ainda a devolução das verbas atribuídas indevidamente, bem como adotar outros procedimentos legais considerados adequados.

Pede deferimento,

O/A Requerente _____

Data: _____/_____/_____

Informação da Divisão de Ação Social
O/A requerente apresentou todos os documentos necessários à análise e avaliação do pedido da comparticipação na aquisição de medicamentos, no âmbito do **Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.** Para efeitos do cálculo do rendimento mensal *per capita do* agregado familiar, foi aplicada a fórmula prevista no art.º 3º do Anexo ao Protocolo. Uma vez que o rendimento familiar p*er capita* apurado é de _____,_____€, a situação: ☐ Cumpre a condição de recursos estipulada para atribuição da comparticipação solidária do Programa abem: Rede Solidária do Medicamento. ☐ Não Cumpre a condição de recursos estipulada para atribuição da comparticipação solidária do Programa abem: Rede Solidária do Medicamento. Data: _____ /_____ / _____ O/A Técnico/a Superior, _____