

DESPACHO	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	ENTRADA	
		ENTRADA N.º	
		DATA	
		PROCESSO N.º	
		O FUNCIONÁRIO	

**DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO E SOCIAL
SERVIÇO DE AÇÃO SOCIAL E SAÚDE**

PROGRAMA DE AÇÃO SOCIAL DIRETA

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de S. João da Pesqueira

NOME			
MORADA			
CÓDIGO POSTAL			
TELEFONE		TELEM.	
E-MAIL		DATA DE NASCIMENTO	
B.I. / N.º ID CIVIL		DATA VALIDADE	
		N.º DE CONTRIBUINTE	

Objeto do Requerimento

Pedido Apresentado:

- ☐ Apoio pontual
- ☐ Apoio Temporário

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

- ☐ Dados do Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão e Cartão de Contribuinte
- ☐ Atestado de residência emitido pela Junta de Freguesia que comprove a residência na área do concelho, há pelo menos um ano, assim como, composição do agregado familiar
- ☐ Certidão de domicílio fiscal emitida pela AT
- ☐ Fotocópia da última declaração de rendimentos, juntamente com a nota de liquidação ou certidão de isenção emitida pela AT
- ☐ Documento comprovativo das despesas anuais com habitação, saúde e educação
- ☐ Declaração médica comprovativa da condição de saúde com indicação da medicação prescrita e demais tratamentos
- ☐ Extrato de remunerações e demais apoios concedidos pela Segurança Social do agregado familiar
- ☐ Número de Identificação Bancária
- ☐ Certidão de não dívida à AT e Segurança Social
- ☐ Outros

O REQUERENTE,

AOS ____ / ____ / ____