



Oliveira do Bairro câmara municipal



**Oliveira
do Bairro**
NO CORAÇÃO DA BAIRRADA

Dignitude 

Entrada n.º /

Data / /

O funcionário

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal
de Oliveira do Bairro
Praça do Município,
3770 - 851 Oliveira do Bairro

I - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (preencher em maiúsculas)

Nome Completo

Morada

Código-postal

Localidade

E-mail

II - OBJETO DO PEDIDO

Vem requerer a V. Ex^a:

A atribuição do CARTÃO abem – REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO (ao abrigo do protocolo celebrado entre a Associação Dignitude e o Município de Oliveira do Bairro).

III - INFORMAÇÃO RELATIVA AOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO (preencher em maiúsculas)

Nome	Parentesco	Estado civil	Data de nascimento
	Requerente		



Oliveira do Bairro câmara municipal



**Oliveira
do Bairro**
NO CORAÇÃO DA BAIRRADA

Dignidade 

1. DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, NIF, NISS E SAÚDE (preencher em maiúsculas)

Elemento do Agregado	Documento de identificação			NIF	NISS	Saúde	
	Tipo de documento	N.º	Validade			Sistema	N.º
Requerente							
2							
3							
4							

2. OUTROS ELEMENTOS

Elemento do Agregado	Nacionalidade	Profissão	Contacto telefónico
Requerente			
2			
3			
4			

3. FONTES DE RENDIMENTO

Assinalar com v, quando aplicável, e anexar os respetivos comprovativos:

Fontes de Rendimento			
Trabalho dependente		Prestações sociais ¹	
Trabalho independente (empresariais e profissionais)		Subsídio mensal ²	
Rendimentos de Capitais		Apoios à habitação com caráter de regularidade	
Rendimentos Prediais		Bolsas de estudo e de formação	
Pensões (incluindo as pensões de alimentos)		Outro. Qual?	

¹ Todas exceto as prestações por encargos familiares, por deficiência e por assistência de terceira pessoa.

² Recebido no exercício de atividades ocupacionais de interesse social relacionadas com programas na área do emprego.



Oliveira do Bairro câmara municipal



**Oliveira
do Bairro**
NO CORAÇÃO DA BAIRRADA

Dignitude

4. DESPESAS MENSAIS

a) Renda de casa ou prestação mensal relativa a empréstimo bancário (referir o valor mensal, quando aplicável, e anexar ao requerimento o respetivo comprovativo):

b) Despesas mensais de Água, Luz e Gás

Referir o valor médio mensal e anexar ao requerimento os respetivos comprovativos:

	Valor médio mensal		Valor médio mensal		Valor médio mensal
Água	€	Luz	€	Gás	€

5. FATORES DE VULNERABILIDADE DO AGREGADO

Assinalar com v, quando aplicável, e anexar os respetivos comprovativos:

- a) Agregado em situação de insolvência
- b) Vítima de violência doméstica
- c) Elemento(s) do agregado com doença crónica ou doença grave
- d) Elemento(s) do agregado com incapacidade (grau igual ou superior a 60%)
- e) Agregado familiar a viver em condições habitacionais indignas (situação de precariedade, sobrelotação, insalubridade/insegurança ou inadequação, de acordo com estabelecido no artigo 5.º do Decreto-Lei nº 37/2018 de 4 de maio)
- f) Agregado familiar com um ou mais elementos com doença mental, confirmada por declaração médica e situação grave de exclusão ou risco social, confirmada através de informação social, em que o tratamento medicamentoso é relevante para o seu processo de inclusão

NOTA: As situações referenciadas nas alíneas e) e f) devem ser assinaladas, sempre que aplicável. Obrigam, todavia, a avaliação e informação social, por parte dos serviços da Ação Social da Câmara e/ou de outros Serviços de Ação Social, com responsabilidade no acompanhamento da família.

6. DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos efeitos, que não sou titular, nem nenhum elemento do meu agregado familiar, de outros rendimentos para além dos assinalados e comprovados para efeitos deste pedido e assumo inteira responsabilidade pela exatidão de todas as informações constantes deste requerimento, tendo conhecimento de que falsas declarações implicam os respetivos procedimentos legais. Autorizo, também, os serviços da Câmara Municipal de Oliveira do Bairro a efetuar as averiguações necessárias à análise deste pedido e, caso o mesmo seja aprovado, comprometo-me a informar de todas as alterações relevantes que possam interferir com a manutenção do Cartão abem.

a) Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras

b) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude e a metodologia e operacionalização do Programa abem: Rede Solidária do Medicamento.

c) Autorizo o tratamento pela Associação Dignitude e pelo Município de Oliveira do Bairro dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Projeto abem: Rede Solidária do Medicamento, sendo tais dados pessoais conservados pelo período de 10 (dez) anos após o fim de adesão ao Programa abem.

d) A Associação Dignitude e o Município de Oliveira do Bairro, enquanto responsáveis pelo tratamento, garantem-me o direito de informação acerca do tratamento dos meus dados pessoais e ainda o direito a requerer, quando assim entenda, o acesso, a retificação, o apagamento, a limitação ou oposição ao tratamento e a portabilidade dos dados de que seja titular, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignitude (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra), sem prejuízo do direito que me é conferido de apresentar reclamação junto da autoridade competente em matéria de proteção de dados.

e) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Programa abem: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignitude e ao Município de Oliveira do Bairro e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.

f) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.

g) Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignitude facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).

h) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa abem: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade que estabeleça relação com a Associação Dignitude e/ou o Município de Oliveira do Bairro.

i) Fui ainda informado que tenho o direito de retirar o consentimento (terminando assim a adesão ao Programa abem: Rede Solidária do Medicamento) em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

, de de (local, dia, mês, ano)

Assinatura do Requerente



Oliveira do Bairro câmara municipal



**Oliveira
do Bairro**
NO CORAÇÃO DA BAIRRADA

Dignitude 

Documentos anexos ao requerimento (assinalar com v, sempre que aplicável):

1. Comprovativo de residência no município (certificação de domicílio fiscal ou outro documento considerado válido tal como fatura de água, luz ou gás, etc.)

2. Comprovativos dos rendimentos auferidos por todos os elementos do agregado familiar, nomeadamente:

a) Última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação ou declaração de isenção emitida pelo Serviço de Finanças

b) Três últimos recibos de vencimento dos elementos do agregado familiar, quando aplicável

c) Comprovativo do valor de reformas, pensões, incluindo pensões de alimentos, prestações sociais ou subsídios, quando aplicável

d) Declaração ou extrato bancário relativo aos rendimentos de capitais, de todos os elementos do agregado familiar, quando aplicável

e) Comprovativo do valor de Bolsa de Estudo ou Formação, quando aplicável

f) Apoios à habitação com carácter de regularidade, quando aplicável

g) Certidão emitida pelo serviço de Finanças atestando a existência ou inexistência de bens móveis e imóveis de todos os elementos do agregado familiar

3. No caso de desempregados, declaração do Centro de Emprego comprovativa da situação de desemprego e da disponibilidade para integração profissional

4. Comprovativos das despesas fixas mensais dos 3 meses anteriores à realização do pedido de atribuição do cartão abem, nomeadamente:

a) Renda ou prestação mensal relativa a empréstimo bancário com habitação própria permanente

b) Despesas mensais com água, luz e gás

c) Comprovativos das despesas mensais com medicação, de todos os elementos do agregado familiar

5. Comprovativo de situações de vulnerabilidade, quando aplicável, nomeadamente:

a) Comprovativo de insolvência

b) Comprovativo de regulação das responsabilidades parentais, nas situações de monoparentalidade

c) Comprovativo da situação de vítima de violência doméstica, emitido pelas autoridades judiciais ou órgãos de polícia criminal competentes

d) Declaração médica comprovativa de doença crónica ou doença grave, deficiência ou incapacidade, quando aplicável. As situações de doença mental referidas na alínea c) do n.º 6 do ponto III devem ser devidamente especificadas.

Assinatura do Requerente _____