

COMPARTICIPAÇÃO NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Pedido Inicial

Renovação

Documentação Obrigatória (de todos os elementos do agregado familiar):

Formulário de Candidatura devidamente preenchido	
Apresentação do documento civil/ Número de Identificação Fiscal	
Cópia do IRS do último ano fiscal/Declaração dispensa de entrega de IRS	
Certidão emitida pela Junta de Freguesia da área de residência, comprovativa do agregado familiar, atestando a residência no concelho da Nazaré, há mais de 2 anos	
Declaração de não dívida à Autoridade Tributária	
Declaração de Não Dívida à Segurança Social	
Outros documentos que sejam solicitados e que comprovem a necessidade de atribuição do presente apoio, nomeadamente, comprovativos de rendimentos e das despesas elegíveis, imprescindíveis à avaliação da situação*	

*Outros documentos que sejam solicitados e que comprovem a necessidade de atribuição do presente apoio, nomeadamente, comprovativos de rendimentos e das despesas elegíveis, imprescindíveis à avaliação da situação. Quais:

Observações:

Declaração sob compromisso de honra:

Eu, abaixo assinado, declaro para os efeitos tidos por convenientes que não benefício de qualquer outro apoio para ajuda na aquisição de medicação, nem possuo outros rendimentos além dos por mim declarados.

Data: ___/___/___

A pessoa requerente

(Assinatura conforme o documento de identificação civil)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Por quanto consistir uma obrigatoriedade constante no Regulamento n.º237/2023 de 22 de fevereiro, eu _____, com o NIF _____, declaro, para os efeitos tidos por convenientes, que autorizo que se confirme junto dos setores competentes da Câmara Municipal da Nazaré, Serviços Municipalizados da Nazaré e Empresa Municipal "Nazaré Qualifica" a existência de não dívida.

Data: ___/___/___

A pessoa requerente

(Assinatura conforme o documento de identificação civil)

Data: ___/___/___

Pessoa responsável pela receção da Candidatura



NAZARÉ

Um concelho com vida, um concelho com futuro.

3

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Condições Gerais de Atribuição	SIM	NÃO
A pessoa requerente e o seu agregado familiar não poderá dispor de um rendimento mensal per capita superior a 50% do IAS - Indexante dos Apoios Sociais		
Que a pessoa requerente do presente apoio resida e se encontre recenseada no concelho da Nazaré, no mínimo há 2 anos contínuos		
Que a pessoa requerente não tenha, à data da candidatura, quaisquer dívidas para com a Câmara Municipal da Nazaré, Serviços Municipalizados da Nazaré, Empresa Municipal "Nazaré Qualifica", Segurança Social e Autoridade Tributária		
Que a pessoa requerente não disponha, à data da candidatura, de outros apoios para o mesmo fim (ex.: Benefícios Adicionais de Saúde do Complemento Solidário para idosos)		
Apresente todos os documentos solicitados que comprovem a situação de vulnerabilidade socioeconómica		

	Deferido	Indeferido	Motivo do indeferimento
Resultado Avaliação Socioeconómica			

N.º da Informação do GAS com Projeto de Decisão : _____/GAS/20__ de __/__/__

N.º Relatório Interno: R____/GAS/20__

Outros: _____

O/A Técnico/a Superior
Responsável pela Análise da Candidatura

