

A preencher pelos serviços**Município de Oliveira do Hospital**

Unidade de Atendimento e Informação

 Livro n.º ____
 Reg. Ent. n.º ____
 Processo n.º ____
 Registado em ____ / ____ / ____

Guia n.º: _____

 Emitida em: ____ / ____ / 20____
 Documentos conferidos por:

O(A) Funcionário(a)
 Exmo. Senhor
 Presidente da Câmara Municipal de Oliveira do Hospital
ATRIBUIÇÃO DE APOIO AO ABRIGO DO PROGRAMA “CASA DIGNA”**Requerente**

Nome: _____

Residente/com sede em: _____ Código Postal: _____-____

Freguesia: _____ Concelho: _____

NIF/NIPC: _____ BI/CC: _____ válido até _____.

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____ E-mail: _____

 Autoriza o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado.
Representante

Nome: _____

Residente: _____

Freguesia: _____ Código Postal: _____-____

NIF/NIPC: _____ BI/CC: _____ válido até _____.

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____ Email: _____

 Na qualidade de: Gerente Administrador Procurador Outro _____
Pedido

Vem requerer a V.Exa., _____.

Composição do agregado familiar

Grau de parentesco	Nome de cada elemento do agregado familiar	Profissão/Ocupação	Idade
Requerente	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Documentos a entregar

Para o efeito, junta os documentos que se elencam:

 Cópia de documento(s) de identificação do requerente e/ou representante:

 Pessoa Singular: Cartão de Cidadão ou B.I , Cartão de Contribuinte e Cartão de Segurança Social;

 Pessoa Coletiva: Cartão de Pessoa Coletiva, Certidão Comercial Permanente ou Código de Acesso à Certidão Comercial Permanente _____;

Representante: Cartão de Cidadão ou B.I dos representantes e procuração, quando exista procurador;

Atestado da junta de freguesia da área de residência que comprove o tempo de permanência na freguesia;

Documentos comprovativos do rendimento do agregado familiar;

Declaração dos rendimentos íliquidos mensais de todos os elementos do agregado familiar;

Declaração de IRS do ano civil anterior ao que se refere o pedido ou declaração da repartição de finanças que comprove a isenção;

Último recibo de pensão, se aplicável;

Declaração do valor do RSI – Rendimento Social de Inserção, se aplicável;

Certificado de inscrição atualizada no Centro de Emprego, se aplicável;

Comprovativo da incapacidade para o trabalho e comprovativos médicos das situações de doenças crónicas ou prolongadas e/ou deficiência, se aplicável;

Recibos das despesas mensais, nomeadamente as relacionadas com crédito à habitação ou recibo de renda do imóvel em causa, despesas médicas com doença crónica, despesas de educação, fornecimentos de água, luz e gás;

Documentos comprovativos do valor dos créditos depositados em contas bancárias e dos valores mobiliários, nomeadamente extratos bancários;

Documentação complementar;

Documento comprovativo da titularidade do imóvel – registo predial do imóvel;

Documento emitido pelo Serviço de Finanças com descrição dos artigos urbanos em nome de todos os elementos do agregado familiar;

Três orçamentos discriminados emitidos por empresas devidamente drendenciadas para o efeito, das intervenções a candidatar.

Notificação

Mais solicita que todas as notificações referentes ao procedimento iniciado pelo presente requerimento, sejam dirigidas a:

Requerente, morada *supra* referida;

_____, com domicílio ou sede em _____, código postal _____-____, freguesia de _____, concelho de _____, com o telefone n.º _____, fax n.º _____, e-mail _____.

O subscritor, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

Oliveira do Hospital, _____ de _____ de _____.

O Requerente

Assinatura do requerente, mandatário ou outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar