

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) _____,

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

Morada _____,

Freguesia de _____, Concelho de _____ Distrito de _____

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

Contacto tel. _____, E-mail _____,

N.º Beneficiário abem: _____

2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º abem: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [3]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º abem: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [4]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º abem: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

Formulário de Adesão e Consentimento ao Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento

(nome Beneficiário [5]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [6]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

3. Declarações, Data e Assinaturas

- Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignidade e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- Autorizo o tratamento pela Associação Dignidade 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.
- A qualquer momento poderei ter acesso aos meus dados pessoais, assim como opor-me ao seu tratamento ou solicitar a retificação, supressão ou bloqueio dos mesmos, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignidade (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra).
- Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignidade e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- 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 Dignidade.
- Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignidade 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).
- 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 com relações à Associação Dignidade.

_____, ___/___/___

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) _____

(assinatura do beneficiário [2]) _____

(assinatura do beneficiário [3]) _____

(assinatura do beneficiário [4]) _____

(assinatura do beneficiário [5]) _____

(assinatura do beneficiário [6]) _____

1. Situação profissional do requerente/beneficiário [1]

Profissão _____, Situação perante o trabalho: _____,
Pensões /Remunerações mensais ilíquidas : _____,

2. Situação profissional do Agregado Familiar

Beneficiário [2]

Profissão _____, Situação perante o trabalho: _____,
Pensões /Remunerações mensais ilíquidas : _____,

Beneficiário [3]

Profissão _____, Situação perante o trabalho: _____,
Pensões /Remunerações mensais ilíquidas : _____,

Beneficiário [4]

Profissão _____, Situação perante o trabalho: _____,
Pensões /Remunerações mensais ilíquidas : _____,

Beneficiário [5]

Profissão _____, Situação perante o trabalho: _____,
Pensões /Remunerações mensais ilíquidas : _____,

Beneficiário [6]

Profissão _____, Situação perante o trabalho: _____,
Pensões /Remunerações mensais ilíquidas : _____,

3. Despesas do agregado familiar

Despesas	Montante em €
Habitação (renda, amortização)	
Eletricidade	
Gás	
Abastecimento de água	
Equipamentos de Apoio à família: inscrição e mensalidades dos equipamentos sociais	
Transportes para trabalho ou educação (passe social)	
Medicação crónica: Tratamentos e medicação de uso continuado com receita médica	
Outras despesas	

4. Situação habitacional

Tipo de alojamento: casa unifamiliar apartamento / andar outro _____

Titularidade do alojamento: própria arrendada cedida outra _____

5. Documentos Instrutórios (assinale os documentos apresentados)

Exibição dos documentos de identificação do requerente e dos elementos do agregado familiar;

Fotocópia dos documentos comprovativos de rendimentos mensais auferidos do requerente e dos elementos do agregado familiar (nomeadamente, declaração de IRS do último ano ou, se for o caso, declaração de isenção emitida pela administração tributária; recibos de vencimento, recibos de pensões e de subsídios de desemprego ou de outras prestações sociais);

Fotocópia do comprovativo da Segurança Social, que indique o valor do subsídio de desemprego, caso algum dos elementos do agregado familiar se encontre nesta situação e, na falta desta, Declaração passada pelo Centro de Emprego que confirme esta situação;

Atestado de residência emitido pela respetiva Junta de Freguesia da área de residência, onde conste a residência, tempo de residência e a composição do agregado familiar;

Fotocópia dos documentos comprovativos das despesas mensais;

Devem ainda constar do processo de candidatura os seguintes elementos, a entregar pelo requerente, sempre que aplicáveis ao caso em presença:

Declaração emitida pela Segurança Social comprovativa da inexistência de rendimentos de todos os membros do agregado familiar com idade superior a 15 anos;

Declaração emitida pelo estabelecimento de ensino competente comprovativa da frequência escolar dos membros do agregado familiar com idade superior a 15 anos, quando aplicável;

O requerente pode apresentar outros documentos que entenda relevantes para a análise da sua situação económica e social

Declaração emitida pelo Serviço de Finanças comprovativa da existência ou não de bens imóveis, em nome de todos os membros do agregado familiar respetivo;

PARECER FINAL DOS SERVIÇOS TÉCNICOS (A PREENCHER PELO TÉCNICO)

Reúne as condições de acesso previstas no Regulamento? Sim Não

Apresentou todos os documentos solicitados? Sim Não

Capitação calculada: _____ € Parecer final: Favorável Desfavorável

Observações: _____

Data: ____ / ____ / ____

O(a) técnico(a): _____