
 azambuja Município	 CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DELEGAÇÃO AVEIRAS DE CIMA	REGISTO DE ENTRADA	
		RESERVADO AOS SERVIÇOS	NIPG _____ / ____ / ____ de ____ / ____ / ____ O Funcionário _____

**PROJETO DE APOIO ALIMENTAR E BENS ESSENCIAIS – PAABE
APOIO DE RECUPERAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:	
NOME: _____	DN: ____ / ____ / ____
ESTADO CIVIL: _____	N.º PESSOAS DO AGREGADO FAMILIAR: _____
RESIDÊNCIA: _____	
LOCALIDADE: _____	CP: _____
CONTRIBUINTE N.º _____	BI / CC / PASSAPORTE / TÍTULO RESIDÊNCIA: _____
CONTACTOS: TELEFÓNICO: _____	NISS: _____ E-MAIL: _____

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:				
NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	NIF	NISS

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações prestadas correspondem à verdade.

Pede deferimento.

Assinatura _____, Data: ____ / ____ / ____.

Declaro que tomei conhecimento que os presentes dados serão objeto de tratamento informático, sendo cumpridas todas as orientações expressas na Lei da Protecção de Dados Pessoais.

No âmbito do Regulamento do PAABE requer a concessão do apoio alimentar e bens essenciais, apresentando para o efeito, em anexo a este requerimento, fotocópias dos seguintes documentos de todos os elementos do agregado familiar, quando aplicável:

- Cópia do(s) documento(s) de identificação do agregado familiar;
- Comprovativo de morada e de composição do agregado familiar;
- Comprovativo da despesa da habitação (contrato de arrendamento; recibo da renda; amortização do empréstimo bancário para habitação própria; ou Declaração de Compromisso de honra a justificar a ausência de documento comprovativo e respetiva despesa mensal);
- Cópia da última fatura: água, luz, gás e telecomunicações;
- Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar (IRS; último recibo de vencimento; Declaração de Pensão e/ou apoio social; Declaração de inscrição no IEFP; Cópia do Atestado Multiusos; Declaração da Segurança Social em como não recebe apoio desta Entidade acompanhada por uma Declaração de Compromisso de Honra a justificar os rendimentos ou a ausência destes);
- Cópia do recibo comprovativo da mensalidade referente a despesas da Terceira Idade; Educação; Deficiência;
- Comprovativo do valor mensal com medicação crónica e/ou outras despesas de saúde (declaração da farmácia, análises clínicas, exames/ tratamentos médicos).
- Cópia do CIT – Certificado de Incapacidade Temporária