soure
município

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

AO APOIO MUNICIPAL À 1.ª INFÂNCIA

Serviços Municipais de Ação Social e Saúde

A preencher pelos serviços
Registo MGD n.º
Data
Processo n.º

Ex.mo Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Soure

IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROGENITOR(ES) / REQUERENTE(S)

Primeiro Progenitor / Requerente

Nome completo:

Data de Nascimento: / / N.º B.I./CC:

N.º contribuinte: Contacto:

Profissão:

Morada:

Código Postal: / Localidade:

IBAN:

Segundo Progenitor / Requerente *(se aplicável)*

Nome completo:

Data de Nascimento: / / N.º B.I./CC:

N.º contribuinte: Contacto:

Profissão:

Morada:

Código Postal: / Localidade:

soure
município

APOIO PRÉ-NATAL (Preparação para o Parto)

(A preencher apenas se pretender o apoio pré-natal)

Identificação Clínica

N.º Utente SNS

Semanas de gravidez à data da inscrição: semanas

Centro de Saúde

Enfermeira de Família

Médico de Família

Acompanhamento Médico

(Assinale o que se aplica)

☐ Centro de Saúde ☐ Maternidade ☐ Privado ☐ Outro _____

Documentos específicos do Apoio Pré-Natal

☐ a) Documentos de identificação do/a(s) requerente(s)

☐ b) Comprovativo de residência (através do domicílio fiscal) e/ou comprovativo de inscrição nas Unidades Funcionais de Saúde do/a(s) beneficiário/a(s) no Concelho de Soure.

INCENTIVO À NATALIDADE

Composição do Agregado Familiar

(A preencher apenas se pretender o incentivo económico)

N.º de progenitores requerentes:

☐ 1 Progenitor

☐ 2 Progenitores

IDENTIFICAÇÃO DA/S CRIANÇA / CRIANÇAS

Criança 1.

Nome completo:

Data de Nascimento: / /

Naturalidade: N.º Registo /Assento:

Criança 2.

Nome completo

Data de Nascimento / /

Naturalidade N.º Registo /Assento

Documentos Gerais

☐ a) Documentos de identificação do/a(s) requerente(s)

☐ b) Certidão de nascimento da criança

☐ c) Comprovativo de domicílio fiscal

☐ d) Comprovativo de IBAN

☐ e) Última declaração de IRS ou comprovativo alternativo de rendimentos

Sempre que os documentos apresentados contenham dados pessoais que não sejam necessários para a instrução do processo, estes poderão ser previamente ocultados pelo/a requerente.

soure
município

DECLARAÇÃO DO/A(S) REQUERENTE(S)

O/a(s) requerente(s) declara(m), sob compromisso de honra, que:

1. As informações prestadas são verdadeiras e completas.

2. Tem/têm conhecimento de que declarações falsas determinam o indeferimento da candidatura e eventual obrigação de restituição dos apoios indevidamente recebidos.

INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

1. Os dados pessoais recolhidos no presente formulário destinam-se à instrução, análise e gestão da candidatura ao Apoio Municipal à 1.ª Infância, sendo o Município de Soure o responsável pelo tratamento dos mesmos no exercício das suas competências de interesse público.
Para informação detalhada sobre o tratamento de dados pessoais deverá ser consultado o documento "Informação sobre o Tratamento de Dados Pessoais – Apoio Municipal à 1.ª Infância", disponível nos Serviços Municipais e em www.cm-soure.pt ou no balcão de atendimento.
Para qualquer questão relacionada com o tratamento de dados pessoais ou exercício de direitos poderá ainda contactar o Encarregado de Proteção de Dados através do endereço eletrónico: rgpd@cm-soure.pt.

2. O/a(s) requerente(s) declara(m) autorizar que o Município de Soure proceda às diligências necessárias à verificação dos elementos declarados no presente formulário, designadamente junto da Autoridade Tributária, da Segurança Social ou de outros serviços públicos competentes, sempre que tal se revele necessário para a instrução do processo.
Caso não seja concedida autorização, o(s) requerente(s) poderá(ão) ser solicitado(s) a apresentar os documentos comprovativos necessários à verificação dos requisitos de atribuição do apoio. ☐ Sim ☐ Não

Local: ☐

Data: ☐ / ☐ / ☐ Assinatura: _____

soure
município

A PRENCHER PELOS SERVIÇOS MUNICIPAIS

Verificação de requisitos

1. Criança registada no concelho: ☐ Sim ☐ Não

2. Candidatura apresentada dentro do prazo: ☐ Sim ☐ Não

3. Requerente(s) residente(s) no concelho: ☐ Sim ☐ Não

4. Criança reside com o/a(s) requerente(s): ☐ Sim ☐ Não

5. Ausência de dívidas ao Município: ☐ Sim ☐ Não

6. Documentos instrutórios completos: ☐ Sim ☐ Não

Rendimentos mensais do agregado (total): € _____

Escalão aplicável *(a preencher pelos serviços)*:

☐ € 1.000 (escalão superior) ☐ € 500 ☐ € 250

Cálculo do escalão do incentivo (se aplicável)

Valor atribuído: € _____

Proposta técnica

Considerando os elementos constantes do processo, propõe-se:

☐ Deferimento

☐ Indeferimento

Os Serviços Municipais de Ação Social e Saúde

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura: _____

Decisão

☐ Deferimento

☐ Indeferimento

O Presidente da Câmara Municipal ou Vereador com delegação

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura: _____

Município de Soure | Praça da República - 3130-218 Soure | Email: geral@cm-soure.pt | Telf: +351 239 506 550 | MOD.ASS.AP.01.26