



**Inscrição no Programa *abem*: Rede
Solidária do Medicamento
REQUERIMENTO**

DESPACHO

A PREENCHER PELO REQUERENTE

**Ex.mo Senhor
Presidente da Câmara de
ESTARREJA**

_____ a)
contribuinte fiscal _____ b) residente em _____
_____ freguesia de
_____ código postal _____ - _____, concelho de _____, portador do
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência n.º _____
emitido pelo Arquivo de Identificação de _____ em ____/____/____, data de
nascimento ____/____/____, estado civil _____, profissão _____
_____ e número de identificação bancária (NIB) _____,
vem requerer a V^a Ex.^a inscrição no Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.

Número de elementos do Agregado Familiar:

**Identifique o(s) elemento(s) do Agregado Familiar que apresenta maior gasto financeiro em
medicação:**

Assinale com X no caso de beneficiar de alguma destas medidas:

(no caso de ser outro elemento do agregado familiar o beneficiário, deverá igualmente assinalar)

Cartão Sénior Municipal:

Complemento Solidário para idosos:

Rendimento Social de Inserção:

Apoio à vacinação infantil não participada:

Outros apoios no âmbito da medicação: Qual:

Consentimento Informado de Cedência e Utilização de dados pessoais

Autorizo que o Município de Estarreja proceda à recolha e tratamento dos meus dados pessoais com a finalidade expressa deste formulário, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Autorizo que o Município de Estarreja partilhe com a Associação DIGNITUDE os meus dados pessoais, que são essenciais para a emissão do Cartão Abem: Rede Solidária do Medicamento, obrigando-se esta a proceder em conformidade com o RGPD.

Pede Deferimento

Estarreja, _____ de _____ de 20__

O Requerente

Contactos:

Telefone/Telemóvel (**obrigatório**):

Fax/Correio Eletrónico:

NOTAS

(a) Nome

(b) Número de Identificação Fiscal (NIF)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Documentos Necessários:

Cópia devidamente autorizada do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão

Número de Identificação Fiscal

Atestado de composição do agregado familiar e tempo de permanência no concelho

Atestado Multiusos (em caso de deficiência)

Declaração do médico da situação de doença

Declaração da farmácia do valor médio mensal com gastos em medicação

Declaração de IRS e/ou IRC documento completo

Declaração de prestações sociais (RSI, pensões, complemento solidário para idosos, pensão social de inclusão, ...)

Documento comprovativo de pensão de alimentos

Comprovativos de despesas (faturas dos últimos 3 meses de renda e/ou empréstimo bancário, água, luz e gás)

INFORMAÇÃO DA SUBUNIDADE DE ATENDIMENTO AO MUNICÍPE

Conferi os dados constantes do requerimento, bem como a assinatura, pela exibição do documento de identificação.

Estarreja, _____ de _____ de 20__

A Colaboradora,
