



Ex. ^{mo} Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Leiria
Largo da República
2414 – 006 Leiria

ASSUNTO: CANDIDATURA À ATRIBUIÇÃO DE COMPARTICIPAÇÕES EM MEDICAMENTOS A FAMÍLIAS
CARENCIADAS DO CONCELHO DE LEIRIA

_____ (Nome), DN ____/____/____, com o Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º _____ válido até _____, Numero de Identificação Fiscal _____, Utente do Serviço Nacional de Saúde n.º _____ residente em (Rua, Av., etc.) _____, n.º/Andar _____ na localidade de _____, Código Postal _____ – _____ freguesia de _____ concelho de _____, telefone n.º _____, email _____, vem apresentar a V.^a Exa. a sua candidatura tendo em conta o disposto no artigo 3.º do Regulamento Municipal para Atribuição de Comparticipações em Medicamentos a Famílias Carenciadas do Concelho de Leiria.

Declara que o seu agregado familiar é composto pelos seguintes elementos:

	Nome	Data Nascimento	Parentesco com o/a candidato/a	Número de Identificação Fiscal	Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão	Situação perante o trabalho	Rendimento Mensal
1	Candidato/a	__/__/__	Próprio/a	_____	_____		
2		__/__/__					
3		__/__/__					
4		__/__/__					
5		__/__/__					
6		__/__/__					
7		__/__/__					
8		__/__/__					

e que os encargos anuais com a habitação são no valor de € _____.

Caso a sua candidatura seja deferida, declara escolher a farmácia _____, na freguesia de _____

De acordo com o artigo 10.º do Regulamento Municipal para Atribuição de Comparticipações em Medicamentos a Famílias Carentes do Concelho de Leiria, declara apresentar em anexo à presente candidatura os seguintes elementos instrutórios:

- Verificado Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência e Cartão de Contribuinte de todas as pessoas do agregado familiar;
- Fotocópia do documento emitido pela Segurança Social, onde conste o número de identificação da Segurança Social (NISS) todas as pessoas do agregado familiar;
- Fotocópia do cartão do Sistema Nacional de Saúde e do subsistema de saúde, caso se aplique (ADSE, SAMS e outros), de todos os elementos do agregado familiar;
- Declaração de inscrição nos serviços locais de Leiria do IEFP, de todos os elementos do agregado familiar, com idade igual ou superior a 18 anos e que estejam em situação de desemprego, à exceção dos elementos que comprovadamente se encontrem incapacitados para o trabalho por doença ou beneficiários de RSI;
- Declaração de matrícula e frequência de estabelecimento de ensino dos membros do agregado familiar com idade igual ou superior a 18 anos, no ano letivo a que respeita a candidatura e que se encontrem a estudar;
- Fotocópia dos recibos de pensões (de velhice, invalidez, sobrevivência, alimentos – incluindo pensões provenientes do estrangeiro) do ano em que se candidata, de todos os elementos do agregado familiar que delas usufruam;
- Fotocópia dos recibos de vencimento, das pessoas do agregado familiar que exerçam atividade profissional remunerada, relativos aos três meses anteriores à data da presente candidatura;
- Fotocópia de documentos comprovativos de bolsas de estudo ou de formação profissional, atribuídos por qualquer entidade pública ou privada, dos quais conste o seu início e termo, bem como respetivo valor;
- Comprovativos das Prestações Sociais (RSI, Subsídio Doença, Subsídio de Desemprego), emitidos pelo Instituto de Segurança Social, I.P., de todas as pessoas do agregado familiar, que delas usufruam;
- Fotocópia da Declaração de Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS) e/ou Nota de Liquidação, se não estiver legalmente dispensada;
- Fotocópia de documento comprovativo de encargos com habitação (renda, aquisição ou construção) relativos ao mês anterior à candidatura;
- Declaração médica, do ano civil em que realiza a candidatura que ateste a situação de doença crónica, com referência à medicação de uso continuado.

O/A candidato/a declara, ainda, ter conhecimento do disposto no artigo 18.º do Regulamento Municipal para Atribuição de Comparticipações em Medicamentos a Famílias Carentes do Concelho de Leiria, ou seja, da obrigatoriedade de informar o Presidente da Câmara Municipal sempre que se verifiquem alterações das condições económicas do seu agregado familiar, alteração de residência, e, sempre que se verifique qualquer situação anómala.

Mais declara que as informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Declara também que autoriza os serviços da Divisão de Desenvolvimento Social e Saúde a recolher e prestar informação complementar junto dos restantes elementos do agregado familiar, das instituições que prestam apoio à família, dos serviços do Instituto da Segurança Social, IP, da Cruz Vermelha de Leiria e da Liga de Amigos do Hospital de Santo André, para efeitos exclusivos da presente candidatura e com carácter de sigilo.

Leiria, ____ de _____ de 20____

O/A Candidato/a

Data de Receção: ____ / ____ / _____

Nome do/a candidato/a: _____

Nome do/a trabalhador/a que recebeu a candidatura e carimbo da Entidade recetora:
