

1. **Identificação de Requerente:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | | | | | |
| **Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | **Sexo: M**□ F □ | | **Estado Civil:** Solteiro □ Casado □ Divorciado □ Viúvo □ União de Facto □ | | | |
| **Morada:** | | | | | | |
| **Localidade:** | | | | **Código Postal: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Telefone:** | | **Telemóvel:** | | | | **E-Mail:** |
| **Bilhete de Identidade n.º emitido a \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ pelo Serviço de Identificação Civil de** | | | | | | |
| **Cartão de Cidadão n.º válido até \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **Contribuinte Fiscal n.º** | | | | | **NISS:** | |

1. **Situação Económico-profissional:**

|  |
| --- |
| **Ativo □**  Se ativo, qual a modalidade da relação jurídica de emprego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Reformado/Pensionista □**  **Desempregado □**  **Beneficiário subsídio doença □**  **Beneficiário de bolsa formação □**  **Beneficiário de outros apoios sociais □**  **Outro subsídio temporário (maternidade, doença, etc.) □**  **Sem rendimentos □**  **Doméstica □**  **Outra situação□** |

1. **Composição e Caracterização do Agregado Familiar:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome completo** | **NISS** | **Contribuinte Fiscal** | **Idade** | **Relação Familiar** |
| **1**  **Requerente** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |

1. **Existência de deficientes no agregado □**

Motora **□** Visual **□** Orgânica **□**

Auditiva **□** Mental **□** Múltiplas **□** Outras **□**

1. **Situação Económica do Agregado Familiar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Receitas Mensais** | | **Despesas Mensais** | |
| Total de vencimentos | € | Créditos / Prestações | € |
| Total de pensões | € | Rendas de habitação | € |
| Total de Subsídios | € | Água | € |
| Outros | € | Eletricidade | € |
|  | | Gás | € |
| Telefone | € |
| Despesas de saúde | € |
| Transportes | € |
| Educação | € |
| Equipamento Social | € |
| Total | € | Total | € |
| Capitação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

1. **Contexto Habitacional**

Há quantos anos vive no seu local de residência?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem um quarto só para si? Sim Não

Tipo de habitação:

Casa Quarto

Apartamento Outra

**Condições Habitacionais:**

Água Canalizada Luz Aquecimento

Rede de Esgotos GásFogão

Frigorífico Esquentador Máq. Lavar roupa

Máq. Lavar loiça Micro-ondas Rádio

TvVídeo/Dvd Telefone/Telemóvel

**7. Saúde**

Nome do médico de família:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de Saúde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do médico da especialidades:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8.Problemas de saúde:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Respiratórios |  | Intestinais |  |
| Doenças infecto-contagiosas |  | Urinários |  |
| Aparelho locomotor |  | Demências |  |
| Limitações físicas incapacitantes |  | Padrões de sono |  |
| Reumáticos |  | Doenças cancerígenas |  |
| Cardíacos |  | Sistema nervoso |  |
| Hipertensão |  | Depressivos |  |
| HIV/SIDA |  | Auditivos |  |
| Diabetes |  | Visão |  |

Outros?Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidados de medicina física e de reabilitação:

Terapia ocupacional

Fisioterapia

Outra Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9.Capitação do rendimento do agregado familiar**

**Fórmula de cálculo:** RPC= R/N

**RPC=** Rendimento *“per capita”;*

**R=** Rendimento global do agregado familiar;

**N=** Total Ponderado dos Elementos do agregado familiar

**Cálculo:**

|  |
| --- |
|  |

**10.Relatório Social:**

Autorizo a utilização dos meus dados pessoais, exclusivamente, para este efeito.

Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_