



APOIO À AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Identificação do(a) requerente:

Nome:

NIF/NIPC:

CC/Passaporte/Título de Residência: Validade:

Morada:

Código Postal:

Freguesia:

Concelho:

Telefone:

Telemóvel:

Correio eletrónico:

2. Agregado Familiar:

Nome:

Idade:

Grau de parentesco:

Nome:

Idade:

Grau de parentesco:

Nome:

Idade:

Grau de parentesco:

Nome:

Idade:

Grau de parentesco:

Nome:

Idade:

Grau de parentesco:



3. Exposição do pedido:

Excerto do Regulamento de Apoio à aquisição de medicamentos:

“Artigo 2º

Âmbito de aplicação e condições de acesso O apoio na aquisição de medicamentos aplica-se unicamente aos cidadãos residentes no território da Freguesia de Gaula, nesta recenseados, que sejam reformados ou pensionistas ou que se encontrem em situação de carência económica comprovada.”

4. Documentos a anexar:

- ☐ Comprovativo de Residência;
- ☐ Declaração de IRS do requerente do ano fiscal anterior e dos que com ele vivam em economia comum;
- ☐ Declaração anual da Segurança Social, no caso do requerente estiver isento da apresentação da declaração atenta aos níveis de rendimentos auferidos;
- ☐ Cópia das faturas e receitas médicas se existir;
- ☐ Documentos comprovativos dos encargos com habitação, saúde e educação;
- ☐ IBAN
- ☐ Comprovativo da situação contributiva regularizada, perante as Finanças ou autorização para consulta;
- ☐ Comprovativo da situação contributiva regularizada, perante a Segurança Social ou autorização para consulta.

Requerente/Representante:

- ☐ Declaro conhecer e comprometer-me a cumprir o Regulamento Apoio à Aquisição de Medicamentos
- ☐ Aceito expressamente que os meus dados sejam utilizados pela Junta de Freguesia de Gaula, para a gestão do processo.
- ☐ Autorizo ser notificado(a) através do correio eletrónico e/ou contactado/a através do(s) número(s) telefónico(s) indicado(s).

Declaro que tomei conhecimento que a não apresentação de todos os documentos necessários e a entrega do pedido no período definido no Edital, poderá ter como consequência o indeferimento do pedido.



FREGUESIA DE GAULA

Pede deferimento,

O(A) requerente/representante

Serviço de Atendimento:

O(A) Técnico(a) de Atendimento

Despacho:

Apreciação/Deliberação

Reunião de Executivo de ____/____/____

Despacho:

Indeferido ☐ Deferido ☐

Valor do montante do apoio: