

Subsídios de Carácter Eventual (1)
Incêndios ocorridos no dia 15 de outubro de 2017

A – A PREENCHER PELO REQUERENTE

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Morada _____

Código postal _____

Freguesia _____ Concelho _____

Documento de Identificação _____ N.º _____ de ____/____/____
(Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade, etc.)

Telemóvel/Telefone-----Fax-----E-mail-----

2 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (Preencher apenas no caso de o requerente não ser o beneficiário)

Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Morada _____

Código postal _____

Freguesia _____ Concelho _____

Documento de Identificação _____ N.º _____ de ____/____/____
(Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade, etc.)

Telemóvel/Telefone-----Fax-----E-mail-----

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO AGREGADO FAMILIAR

Nome completo	N.º de Identificação de Segurança Social	N.º de Identificação Fiscal	Data de nascimento	Rendimento mensal ilíquido <i>Em euros</i>
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____

(1) Para aplicação da Portaria n.º 347-A/2017, de 13 de novembro, que define os apoios a atribuir no âmbito dos incêndios ocorridos no dia 15 de outubro de 2017, nos concelhos previstos no Anexo I na referida Portaria.

Os dados constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.

4 FINALIDADE DOS SUBSÍDIOS

- ☐ Despesas com rendas em situações de alojamento para habitação temporária
- ☐ Aquisição de bens e serviços de primeira necessidade nas áreas de alimentação, vestuário, habitação, saúde, educação e transportes
- ☐ Aquisição de ajudas técnicas / produtos de apoio
- ☐ Aquisição de instrumentos de trabalho
- ☐ Aquisição de outros bens e serviços ou realização de despesas consideradas necessárias. Indique quais _____

5 MODO DE PAGAMENTO

Os subsídios podem ser pagos por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN): _____

Indique quem recebe o(s) subsídio(s): ☐ Beneficiário ☐ Requerente ☐ Fornecedor do bem ou do serviço

6 CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO/REQUERENTE

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Comprometo-me a apresentar os meios de prova que forem considerados necessários à atribuição do(s) subsídio(s) requerido(s).

Declaro que tomei conhecimento de que devo comunicar qualquer alteração da informação prestada.

Autorizo os serviços competentes da Segurança Social a proceder à confirmação oficiosa da mesma.

_____/_____/____

(Assinatura conforme documento de identificação válido)

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Declaração de autorização do beneficiário para pagamento dos subsídios ao requerente ou ao fornecedor do bem ou do serviço, **ou**

Declaração de autorização do representante legal do beneficiário para pagamento dos subsídios ao requerente ou ao fornecedor do bem ou do serviço.

Os serviços de Segurança Social podem solicitar meios de prova, que considere necessários à comprovação da sua situação ou da família, designadamente quanto à:

- situação de carência económica ou perda de rendimentos;
- necessidade de realização das despesas ou aquisição de bens e serviços identificados neste requerimento;
- outras situações identificadas.

8 INFORMAÇÕES

Este formulário deverá ser preenchido pelo requerente (parte A) e pelos serviços da Segurança Social (parte B), em situação de atendimento, no qual é efetuado o diagnóstico da situação do requerente ou da família.

Os subsídios podem ser pagos:

- diretamente ao beneficiário, ou
- ao requerente, quando não seja o beneficiário e mediante autorização deste ou do seu representante legal, ou
- diretamente ao fornecedor do bem ou do serviço, mediante autorização expressa do beneficiário ou do seu representante legal

O beneficiário deve apresentar, quando aplicável, os originais dos documentos de despesa e respetivo pagamento no prazo máximo de 60 dias após a atribuição dos subsídios.

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Processo n.º _____

1 TIPOLOGIA DOS SUBSÍDIOS DE CARÁCTER EVENTUAL**A – Rendas em situações de alojamento para habitação temporária**

Descrição	Valor	Tipo de Subsídio		
Realojamento (Renda)		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Pagamento de caução (Renda)		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐

B – Bens e serviços de primeira necessidade (alimentação, vestuário, habitação, saúde, educação e transportes)

Descrição	Valor	Tipo de Subsídio		
Alimentação		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Vestuário		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Saúde		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Educação		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Transportes		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Equipamento e têxteis domésticos		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Pagamento de despesas com amortização da habitação		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
Despesas correntes (água, luz, gás, etc.)		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐

C – Instrumentos de trabalho

Descrição	Valor	Tipo de Subsídio		
		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐

D – Ajudas técnicas / Produtos de apoio

Descrição	Valor	Tipo de Subsídio
		Único ☐
		Único ☐

E – Outros Bens e Serviços

Descrição	Valor	Tipo de Subsídio		
		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐
		Único ☐	Mensal ☐	N.º meses ☐

2 SÍNTESE DOS SUBSÍDIOS

Renda em situação de alojamento para habitação temporária ----- euros

Bens e serviços de primeira necessidade ----- euros

Instrumentos de trabalho ----- euros

Ajudas técnicas / Produtos de apoio ----- euros

Outros bens e serviços ----- euros

Total dos Subsídios ----- euros

3 OBSERVAÇÕES

Aspetos considerados relevantes relativos ao agregado familiar e a modalidade de confirmação adotada relativamente às declarações prestadas pelo requerente:

Data ____/____/____

(Assinatura do(a) Técnico(a))

4 PARECER

Data ____/____/____

(Assinatura)

5 DESPACHO

Data ____/____/____

(Assinatura)