



APOIO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE

Identificação do requerente

Nome: * _____

Contribuinte: * _____ Na qualidade de: *(a) _____

BI / CC nº: _____ Validade: ____ / ____ / ____ Data Nascimento ____ / ____ / ____

Morada: * _____

Código-Postal: * _____ - _____

Tlf/Tlm: _____ E-mail: _____

Nota: Autoriza o envio de comunicações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado? Sim Não

Representado por: _____ Na qualidade de: *(a) _____

BI / CC nº _____ Validade: ____ / ____ / ____

Vem, para os devidos efeitos, entregar os documentos que se anexam:

- Cópia do Cartão de Cidadão;
- Relatório médico comprovativo da deficiência e/ou do grau de incapacidade;
- Comprovativo de Residência;
- Uma fotografia tipo passe;
- Última Declaração de IRS.
- Cópia da última fatura da ADIN.

Data e Assinatura

- Declaro, para efeitos do cumprimento do artigo 5.º n.º 2 da Lei n.º 7/2007, de 5 de fevereiro, prestado o consentimento à reprodução do cartão de cidadão.
- Declaro, sob compromisso de honra, que as informações que constam neste documento são verdadeiras. (As falsas declarações ou omissões implicam a anulação dos benefícios, para além das sanções previstas na legislação em vigor).
- Autorizo que o apoio concedido respeitante ao fornecimento de bens e/ou serviços seja transferido para as respetivas entidades fornecedoras.

Pede deferimento: _____ O/A Requerente / representante,

Vila Real, ____ / ____ / ____
Dia Mês Ano

* - Campos de preenchimento obrigatório, mediante apresentação de cartão de cidadão.

a) - Confirmar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para iniciar o procedimento administrativo ou intervir nele.