



Registo de Entrevista – Apoio ao Arrendamento Habitacional

DADOS INTERNOS

Data da Entrevista / /

Novo Pedido 1ª. Reavaliação 2ª. Reavaliação 3ª. Reavaliação Outra

Nº. do Processo

IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE

Nome do/a Requerente

Estado Civil Div Idade Escolaridade

Empregado/a Reformado/a
Desempregado/a Longa Duração Curta Duração

Contactos /

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Companheiro/a / Marido / Esposa Nome:

Idade Escolaridade Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

Número de Filhos/as:

Nome: Idade Escolaridade

Estudante Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

Nome: Idade Escolaridade

Estudante Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

Nome: Idade Escolaridade

Estudante Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

Nome: Idade Escolaridade



Estudante Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

Outro/a: Nome:

Idade Escolaridade Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

Outro/a: Nome:

Idade Escolaridade Empregado/a Desempregado/a Reformado/a

Local Incapacidade > 60%

TIPOLOGIA HABITACIONAL

T0 T1 T2 T3 T4

Data da Repartição de Finanças em como recebeu contrato original / /

Nome do/a Senhorio/a Valor mensal da renda €

Meio de Pagamento ao/à Senhorio/a: Transferência Bancária Cheque Dinheiro

Condições da Habitação: Muito Má Má Razoável Boa Muito Boa

SITUAÇÃO FACE À SAÚDE DO AGREGADO FAMILIAR

Descrição da Doença

Data do Atestado Médico / / Data da Declaração da Farmácia / /



SITUAÇÃO ECONÓMICA DO AGREGADO FAMILIAR

Vencimento <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	RSI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Subsídio de Desemprego <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bolsa de Formação <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Invalidez <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bolsa de Ensino Superior <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Velhice <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Prestação por Deficiência e/ou Dependência <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Sobrevivência <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Propina Ensino Superior <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Alimentos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Outros Rendimentos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Gasto Médio Mensal:

Água Eletricidade Gás

Telemóvel Jardim de Infância e/ou Prolongamento

Apoio Domiciliário e/ou encargos com a colocação de pessoas do agregado familiar em equipamentos de apoio à família

ENCAMINHAMENTOS

Produtos de Apoio <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rendimento Social de Inserção <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Banco de Alimentos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Complemento Solidário do Idoso <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Banco de Roupas, Calçado e Brinquedos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Porta 65 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Banco de Material Escolar <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Outro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cantina Social <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

Barcelos a Sorrir Prótese Dentária Tratamento Adultos/as Tratamento Crianças

Pessoa(s) do Agregado

Promoção Imagem Corte Coloração Brushing Manicure Barba

Pessoa(s) do Agregado

Promoção Saúde Ocular e Auditiva (crianças até aos 12 anos)

Pessoa(s) do Agregado

MODALIDADE DE PAGAMENTO AO/A REQUERENTE

Meio de pagamento ao/à requerente:

Transferência Bancária NIB

Cheque

