BARCELOS
MUNICÍPIO
Largo do Município
4750-323 Barcelos

Registo de Entrevista – Apoio à Habitação Social

DADOS INTERNOS

Data da Entrevista ___ / ___ / ___ Nº. do Processo ___

Novo Pedido ☐ Próprio ☐ Junta de Freguesia ☐ Outro ☐

Reforço ☐ 1ª. Fase deliberada a ___ / ___ / ___ 2ª. Fase deliberada a ___ / ___ / ___ Apoio ___ €

IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE

Nome do/a Requerente ___

Estado Civil ___ 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 ___

Tel. 253809600
Fax. 253821263
email: geral@cm-barcelos.pt
www.cm-barcelos.pt

BARCELOS
MUNICÍPIO
Largo do Município
4750-323 Barcelos

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% ☐

IDENTIFICAÇÃO DO IMÓVEL

Titular do bem imóvel é o/a requerente? Sim ☐ Não ☐

Tipologia Habitacional: T0 ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐

Aquisição do Imóvel: Compra ☐ Doação ☐ Usucapião ☐ Partilhas: Divórcio ☐ Morte ☐ Outra ☐

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 ____ / ____ / ____

BARCELOS
MUNICÍPIO
Largo do Município
4750-323 Barcelos

SITUAÇÃO ECONÓMICA DO AGREGADO FAMILIAR

Vencimento ☐ _____ RSI ☐ _____

Subsídio de Desemprego ☐ _____ Bolsa de Formação ☐ _____

Pensão de Invalidez ☐ _____ Bolsa de Ensino Superior ☐ _____

Pensão de Velhice ☐ _____ Prestação por Deficiência e/ou Dependência ☐ _____

Pensão de Sobrevivência ☐ _____ Propina Ensino Superior ☐ _____

Pensão de Alimentos ☐ _____ Outros Rendimentos ☐ _____

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

_____

Possui Empréstimo Bancário? Sim ☐ Não ☐

Possui verba disponível para finalizar a obra de reparação/construção? Sim ☐ Não ☐

Precisa de um Empréstimo Bancário? Sim ☐ Não ☐

Tem familiares / amigos/as / conhecidos/as que prestem serviços a preços mais reduzidos? Sim ☐ Não ☐

ENCAMINHAMENTOS

Produtos de Apoio ☐ _____ Rendimento Social de Inserção ☐ _____

Banco de Alimentos ☐ _____ Complemento Solidário do Idoso ☐ _____

Banco de Roupas, Calçado e Brinquedos ☐ _____ Porta 65 ☐ _____

Banco de Material Escolar ☐ _____ Outro ☐ _____

Cantina Social ☐ _____

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 _____

Tel. 253809600
Fax. 253821263
email: geral@cm-barcelos.pt
www.cm-barcelos.pt

BARCELOS
MUNICÍPIO

Largo do Município
4750-323 Barcelos

OBSERVAÇÕES

Requerente

Técnico/a Superior

Data / /

Tel. 253809600
Fax. 253821263
email: geral@cm-barcelos.pt
www.cm-barcelos.pt