

**REQUERIMENTO PARA ACESSO AO TARIFÁRIO SOCIAL
 Utilizadores Domésticos**

		N.º DE CONTRIBUINTE				
NOME:					UTENTE N.º	
MORADA / SEDE					N.º POLÍCIA	
CÓDIGO POSTAL	-	FREGUESIA		CONCELHO		
TELEFONE		FAX		E-MAIL		
DATA DE NASCIMENTO		PROFISSÃO				
ESTADO CIVIL		CONTACTO				
B.I. NÚMERO		DATA EMISSÃO		ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO		

Objeto do Requerimento

UTENTE N.º

1 - CONDIÇÕES DE ACESSO:

Requer a V.Ex.a, nos termos dos artigos 6.º, 42.º e 43.º do Regulamento de Serviço de Gestão de Resíduos Urbanos do Município de Paços de Ferreira n.º 133/2012, publicado na 2.ª série do Diário da República n.º 64, de 29 de março de 2012, o acesso ao tarifário social para utilizadores domésticos finais por se encontrar em situação de carência económica.

2 - COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

COMPOSIÇÃO AGREGADO FAMILIAR			SITUAÇÃO PROFISSIONAL AGREGADO FAMILIAR (Coloque um X na situação correspondente).				RENDIMENTOS MENSAIS LÍQUIDOS*1)
N.º ordem	Nome	Parentesco	Ativo/a	Pensionista	Desempregado/a	Outra	Valor
1	Requerente	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€
						Total	€

*1) - Deduzidos os montantes referentes às contribuições obrigatórias.

3- DESPESAS MENSAIS DO AGREGADO FAMILIAR:

		Valor Mensal
HABITAÇÃO	Renda*2)	€
	Empréstimo bancário destinado a aquisição de habitação própria permanente*3)	€
SAÚDE	Resultantes de doença crónica	€
		Total
		€

*2) e *3) - Deduzidos os apoios que o utente esteja a receber para este fim.

4 - DOCUMENTOS COMPROVATIVOS DO AGREGADO FAMILIAR

Para beneficiar da aplicação do tarifário especial, entrega ao Município de Paços de Ferreira, os seguintes documentos:

Cópia da última declaração de rendimentos/IRS ou respetiva nota de liquidação, relativa a todos os elementos do agregado familiar.

Documentos comprovativos de identificação:

Cópia do Cartão de Contribuinte Fiscal;

Cópia do Bilhete de Identidade;

Cópia do Cartão de Cidadão;

Outros: _____.

Documentos comprovativos de rendimentos, caso se apliquem:

Cópia de recibo de vencimento;

Cópia do comprovativo de subsídio de Natal;

Cópia do comprovativo de subsídio de Férias;

Cópia do comprovativo de prémios, gratificações e comissões;

Cópia do comprovativo de Pensões;

Cópia do comprovativo de prestações complementares e outras (exceto prestações familiares);

Cópia do comprovativo de Rendimento Social de Inserção - RSI;

Cópia do comprovativo de subsídio de desemprego;

Cópia do comprovativo de subsídio de doença;

Cópia do comprovativo de Bolsa de Estudo e de Formação;

Cópia do comprovativo de Indemnizações ou Prestações Mensais de Seguradoras;

Cópia do comprovativo de Pensões de Alimentos de Progenitor ou do Fundo de Garantia de Alimentos;

Cópia do comprovativo do Complemento Solidário para Idosos - CSI;

Cópia do comprovativo de outros rendimentos provenientes do trabalho ou de bens patrimoniais móveis, imóveis ou mobiliários.

Documentos comprovativos de despesas com saúde e/ou habitação, caso se apliquem:

Cópia dedeclaração médica comprovativa da situação de doença crónica;

Cópia do comprovativo de despesas mensais fixas resultante de doença crónica;

Cópia do comprovativo de despesa mensal com arrendamento ou amortização com aquisição de habitação própria permanente (até ao limite máximo de 250€, deduzidos os apoios que o utente esteja a receber para este fim).

PEDE DEFERIMENTO,

O REQUERENTE,

AOS ____/____/____

(Assinatura)

RECEBIDO E CONFERIDO POR:

DataReceção: ____/____/____.

O Funcionário,
(Ass.) _____

INFORMAÇÃO DO SRSU

- Ao Serviço Social.

PF, SRSU, ____/____/____.

A Responsável, _____