

TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA**Anexo I**

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Cascais

Identificação do requerente:

Nome completo: _____
Nascido em ___/___/___ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Estado Civil: _____
Género: Masculino ___ Feminino ___
Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade (1) nº _____ Valido até _____
Nº de Cartão de Utente (1) (SNS): _____
Nº de Beneficiário da Segurança Social (1) (NISS): _____
Nº de Identificação Fiscal (1) (NIF): _____
Morada: _____
Localidade: _____ código postal: _____
Freguesia: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Email: _____
Contato para possíveis esclarecimentos (obrigatório se for menor ou dependente):
Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Email: _____

Rendimento do próprio: (2)

Sim ___ Não ___

Ou

Rendimento do agregado familiar: (2)

Sim ___ Não ___

Saúde: (3)

Tipo de Deficiência:

Incapacidade duradoura física ___ Mental/Intelectual ___ Sensorial ___

Baixa Autonomia (alteração nas funções do corpo) _____

Mobilidade condicionada (desloca-se c/ajuda técnica) _____

Outra situação _____

Grau de Incapacidade: _____

Cadeira de rodas: Sim ___ Não ___

Manual _____ Elétrica _____

Médico de família: Sim: _____ Não: _____ Centro de Saúde: _____

Outros problemas de saúde: _____

TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Objetivo do transporte:1) **Frequência de Estabelecimento de Ensino:** (4)**Regular** ____ **Especial** ____ **Universitário** ____**Frequência de exames universitários:** ____

1.a) No Concelho: ____ Fora do Concelho: ____ Localidade: ____

2) **Formação Profissional:** ____ **Inserção Profissional:** ____ (5)

2.a) No Concelho: ____ Fora do Concelho: ____ Localidade: ____

3) **Equipamento Social na área CAO** ____ (5)

3.a) No Concelho: ____ Fora do Concelho: ____ Localidade: ____

4) **Serviço pontual de saúde:** (6) ____ qual: ____

4.a) No Concelho: ____ Fora do Concelho: ____ Localidade: ____

5) **Atividades Terapêuticas:** ____ Qual: ____**Desportivas:** ____ Qual: ____**Voluntariado:** ____**Praia:** ____

5.a) No Concelho: ____ Fora do Concelho: ____ Localidade: ____

Data de início do transporte: ____**Data do fim do transporte:** ____**Deslocação:**

De: ____

Para: ____

Periodicidade:

Diário (2ª a 6ª feira) ____ Regular (até 4 dias por semana) ____

Pontual Saúde (máximo 10 viagens ...) ____ Pontual Serviços ou Lazer (máximo 6 viagens...) ____

Só Ida ____ Ida e Regresso ____ Só Regresso ____

Horários:

Local de partida: ____ Chegada ao Destino: ____ Saída do Destino: ____ Chegada

ao local de origem: ____

Situação face ao Emprego (assinalar com um X):

____ Empregado/a ____ Desempregado/a ____ 1º emprego ____ Estudante

TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

____ Reformado/a ____ Outra – Qual? _____

Tipologia familiar (assinalar com X)

____ Família alargada ____ Família numerosa ____ Família monoparental ____ Isolado/a

____ Família nuclear com filhos ____ Família nuclear sem filhos

____ Outra Tipologia – Qual? _____

Glossário da Tipologia:

. Família alargada – agregado familiar onde co-habitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade (3 gerações) – ex: casal, filhos e avós.

. Família numerosa – agregado familiar com 3 ou mais dependentes – ex: casal com 3 ou mais filhos.

. Família monoparental – agregado familiar constituído por um único parente ou em linha reta ascendente ou em linha colateral até ao 2º grau ou equiparado com dependentes a seu cargo a viver em comunhão de habitação – ex: pai ou mãe e filho; avó ou avô e neto; tia e sobrinho.

. Isolado – apenas uma pessoa.

. Família nuclear com filhos – agregado composto por casal com 1 ou 2 filhos.

. Família nuclear sem filhos – agregado familiar composto apenas por um casal

Observações:

Data e Assinatura de preenchimento da ficha: _____

- (1) Anexar cópia dos documentos;
- (2) Se a resposta é Sim: apresentação de cópia de IRS e nota de liquidação no caso de a resposta ser Não apresentação de documento das finanças que declare que não apresenta IRS
- (3) Cópia do atestado médico de incapacidade multiuso
- (4) (município em idade escolar, caso não exista resposta por parte dos serviços de educação da CMC ou por parte do ministério da educação ou na situação do equipamento não ter ou não dispor de vagas em transporte adaptado – obrigatório apresentar declaração do Estabelecimento De Ensino);
- (5) Desde que o equipamento não disponha de transporte adaptado ou não tenha vagas - obrigatório apresentar declaração do Instituição
- (6) Apresentação de requisição médica em como não obteve resposta por parte do SNS