



Registo n.º _____	
Data ____/____/____	
O Funcionário _____	

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Cascais

Nome _____

NIF _____ B.I / C:C nº _____ Válido até ____/____/____

Sistema de saúde: _____, n.º beneficiário: _____,

Sede/morada em _____

Código postal ____/____ Localidade _____ Telefone/Telemóvel nº _____

E-mail _____

Autorizo que todas as notificações e informações referentes a este processo sejam efetuadas através de correio eletrónico para o endereço acima indicado SIM NÃO

Apresenta a V. Exa. candidatura ao programa teleassistência, declarando tomar conhecimento e aceitar as condições pelo qual este se rege.

1 - Telefone de rede fixa:

Sim ____ Não ____

2 – Suporte na habitação:

Vive só? Sim ____ Não ____

2.1. Caso não viva só, preencha o quadro que se segue, com informação relativa às pessoas com quem coabita:

Nome	Idade	Parentesco	Situação perante o emprego	NISS



3 - Despesas mensais:

Tipo de despesa:	Montante em €
Habituação (renda, amortização)	
Saúde	
TOTAL	

4 - Apresentação de IRS:

Sim _____

Não _____

Valor Bruto Anual: _____ €

Rendimento mensal: _____ €

Pensão por Velhice: _____

Pensão de Invalidez: _____

Pensão Social por velhice: _____

Reforma: _____

Outra: _____

5 - Motivo da inscrição:

Questões relacionadas com necessidades de saúde	
Questões relacionadas com a segurança	
Questões relacionadas com isolamento e solidão	
Outros	

6 - Mobilidade:

<input type="checkbox"/> Com apoio de terceiros	<input type="checkbox"/> Sem ajuda de terceiros
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Acamado
<input type="checkbox"/> Desloca-se dentro de casa	<input type="checkbox"/> Desloca-se dentro de casa
<input type="checkbox"/> Sai de casa	<input type="checkbox"/> Sai de casa
<input type="checkbox"/> Utiliza transportes públicos	<input type="checkbox"/> Utiliza transportes públicos

7 - Rede de Apoio Social

Ausente: _____ **Presente:** _____

	Identificação da Instituição	Contactos	Técnico de referência
Serviço de Apoio Domiciliário			
Centro de Dia			
Centro de Convívio			



Pede Deferimento,

Cascais, ____ de _____ de _____

O Requerente,

Documentos a juntar:

- Fotocópia do BI/Cartão de cidadão;
(*Autorizo*/ *Não Autorizo* fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º97/2007 de 05 Fevereiro, Artº 5, al. 2.)
- Cópia do cartão de Beneficiário da Segurança Social (*Caso não seja portador de Cartão de Cidadão*);
- Cópia da Declaração de IRS do candidato;
- Cópia dos comprovativos de despesas mensais (*Habitação e Saúde*).

Nota: Não tendo o candidato, nacionalidade portuguesa, a cópia do Bilhete de Identidade e do cartão de Eleitor são substituídos por cópia do título habilitante à residência permanente em território português, emitido pelo organismo competente, nos termos legalmente aplicáveis. As cópias dos documentos referido nas alíneas a) e b), ou equivalente, e c), d) devem ser confrontadas com os respetivos originais pelo funcionário que efetue a receção do pedido.

Os dados pessoais, supra, são recolhidos e processados pelo Município de Cascais para as finalidades expressas no presente requerimento. Para efeitos de rastreabilidade e arquivo, os dados serão mantidos até que solicite a eliminação dos mesmos, podendo, ainda, exercer, a qualquer momento, os seus direitos de solicitação de acesso, retificação, portabilidade, eliminação e retirada de consentimento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Para qualquer assunto relacionado com a privacidade dos seus dados, poderá contactar o encarregado de proteção de dados através do e-mail atendimento.municipal@cm-cascais.pt ou do telefone 800203186. Poderá, ainda, apresentar reclamação a uma autoridade de controlo, nomeadamente à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (<https://www.cnpd.pt>). Para informações adicionais, por favor consulte a política de privacidade e segurança publicada em <https://www.cascais.pt/politica-de-privacidade-e-tratamento-de-dados-pessoais>.

Dou o meu consentimento ao Município de Cascais, para tratamento dos meus dados pessoais nos termos e Política de Privacidade acima referidos, que li e aceito.

Loja Cascais - Atendimento Municipal

Cascais: Rua Manuel Joaquim Avelar, 118, -1, 2750-281 Cascais

Tires: Praça Fernando Lopes Graça, 156 A, 2785-625 – S. D. de Rana

Cascaishopping: Centro Comercial CascaiShopping, Piso 0

Linha Cascais: 800 203 186

Fax.21 482 50 30 | www.cascais.pt | atendimento.municipal@cm-cascais.pt

ATG_23 | Serviço de Teleassistência