





**MUNICÍPIO PONTE DE LIMA**  
TERRA RICA DA HUMANIDADE

Formulário

**Caracterização Sócio / Económica para Acesso ao Projeto  
Tipo e Isenção de Casas para Famílias Carenciadas**

NIPG: \_\_\_\_\_

Processo n.º: \_\_\_\_\_ Requerimento n.º: \_\_\_\_\_

Data de Receção: \_\_\_\_\_ Recebido Por: \_\_\_\_\_

Receitas Mensais

Nome	Profissão	Trabalha por Conta Própria	Trabalha por Conta Outrem	Salário Líquido
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ €
<b>Total:</b>				_____, ____ €

Outras Receitas Mensais

Abono de Família	_____, ____ €
Pensões e Montepio	_____, ____ €
Horas de Trabalho Extraordinárias	_____, ____ €
Subsídios	_____, ____ €
Outras Receitas	_____, ____ €
<b>Total:</b>	_____, ____ €

Despesas Mensais

Renda de Casa	_____, ____ €
Descontos	_____, ____ €
Eletricidade	_____, ____ €
Água	_____, ____ €
Gás	_____, ____ €
Telefone	_____, ____ €
Medicamentos	_____, ____ €
Outros Encargos	_____, ____ €
<b>Total:</b>	_____, ____ €

Rendimento Familiar: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ € Rendimento Familiar Líquido: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ € Capitalização Mensal: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €



MUNICÍPIO PONTE DE LIMA  
TERRA RICA DA HUMANIDADE

Formulário

## Caracterização Sócio / Económica para Acesso ao Projeto Tipo e Isenção de Casas para Famílias Carenciadas

NIPG: \_\_\_\_\_

Processo n.º: \_\_\_\_\_ Requerimento n.º: \_\_\_\_\_

Data de Receção: \_\_\_\_\_ Recebido Por: \_\_\_\_\_

### Saúde

#### Tipo de Problemas de Saúde do Agregado

- Doenças Crónicas
- Invalidez Parcial
- Invalidez Total
- Deficiências Físicas
- Deficiências Mentais
- Deficiências Sensoriais

### Situação Habitacional Atual

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Casa          | <input type="checkbox"/> Própria    | <input type="checkbox"/> Cozinha         |
| <input type="checkbox"/> Parte da Casa | <input type="checkbox"/> Alugada    | <input type="checkbox"/> Sala            |
| <input type="checkbox"/> Quarto        | <input type="checkbox"/> Cedida     | <input type="checkbox"/> Casa de Banho   |
| <input type="checkbox"/> Apartamento   | <input type="checkbox"/> Bom Estado | <input type="checkbox"/> Eletricidade    |
| <input type="checkbox"/> Barraca       | <input type="checkbox"/> Razoável   | <input type="checkbox"/> Água Canalizada |
|  | <input type="checkbox"/> Degradada  | N.º de Quartos: _____                    |

### Descrição dos Bens Imóveis

Pede deferimento,

Ponte de Lima, \_\_\_\_\_

O Requerente,

\_\_\_\_\_

### Observações (Espaço Reservado aos Serviços)

O Funcionário,

\_\_\_\_\_