

Município de Barrancos

PROGRAMA MUNICIPAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS
PAF Barrancos



- Pedido de Subvenção -

Exmo Senhor

Presidente da Câmara
Municipal de Barrancos
Praça do Município, 2
7230 BARRANCOS

PROCESSO Nº ____ / ____

1. IDENTIFICAÇÃO DO 1º REQUERENTE

NOME			
<input type="text"/>			
MORADA (Rua)			Barrancos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º DE ELEITOR	BI/CC N.º	DATA NASCIMENTO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NA QUALIDADE DE		TELEFONE/Tmv	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

2. IDENTIFICAÇÃO DO 2º REQUERENTE

NOME			
<input type="text"/>			
MORADA (Rua)			Barrancos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º DE ELEITOR	BI/CC N.º	DATA NASCIMENTO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NA QUALIDADE DE		TELEFONE/Tmv	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (DESCENDENTE(S))

Nome	<input type="text"/>
Data de Nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> 20

Nome	<input type="text"/>
Data de Nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> 20

Vêm requerer a prestação/subvenção prevista no Programa Municipal de Apoio às Famílias (PAF – Barrancos), no valor de € _____, pelo nascimento do ____º filho(a), acima identificado(a), natural de Barrancos, ocorrido em ____/____/____.

Barrancos, ____ de _____, 20____

O(s) Requerente(s)

1ª Requerente: _____

2º Requerente: _____

Documentos a anexar obrigatoriamente, nos termos do art. 5º do regulamento:

- Cartão Cidadão/Bilhete de Identidade do(s) requerente(s)	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/>
- Cartão de eleitor do(s) requerente(s)/Certidão Eleitor	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/>
- Cartão do NIF do 1º requerente (quando não tiver CC)	<input type="checkbox"/>
- Boletim/Assento de Nascimento da criança (beneficiária)	<input type="checkbox"/>

IBAN	PT 50 <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"/> <input type="checkbox"/>
------	--

(A preencher pelos serviços da CMB)

PARECER DA UASC

INSTRUIDO o pedido nos termos regulamentares, propomos que seja comparticipado num montante de € _____, nos seguintes termos:

- Prestação Inicial, no valor de € 500,00, até ____/____/____

- Da 1ª à 5ª prestação, no valor de € _____, será paga a partir do mês seguinte ao pagamento da Prestação Inicial, acima indicada.

- As restantes sete prestações ficam condicionadas ao comprovativo da frequência da Creche, a partir do 6º mês de nascimento, inclusive, carecendo de novo pedido.

Em ____ | ____ | _____

O Chefe UASC: _____

Despacho

Concordo.
À UAF, para processamento.

Em ____ | ____ | _____

O/A Vereador(a): _____

A preencher pela UAF

Prestação Inicial, paga pela OP nº/....., de/...../....., para o IBAN supracitado.

Em/...../..... - A Chefe da UAF: