

Município de Barrancos

PROGRAMA MUNICIPAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS



- REQUERIMENTO -

Ex.mo Senhor

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO 1º REQUERENTE

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

2. IDENTIFICAÇÃO DO 2º REQUERENTE

NOME			
<input type="text"/>			
MORADA (Rua)			<input type="text"/>
<input type="text"/>			Barrancos
N.º DE ELEITOR	B.I. N.º	DATA NASCIMENTO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

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

Vem requerer a prestação/incentivo previsto 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 ___/___/_____.

O(s) Requerente(s)

Documentos anexos:	
- Cartão/Bilhete de Identidade do(s) reauerente(s)	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/>
- Cartão de eleitor do(s) requerente(s)	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/>
- Cartão do NIF do 1º requerente	<input type="checkbox"/>
- Boletim/Assento de Nascimento da criança (beneficiária)	<input type="checkbox"/>

(A preencher pelos serviços da CMB)

Parecer da DASC	Despacho
<input type="checkbox"/> INSTRUÍDO o pedido nos termos regulamentares, sugere-se que seja participado num montante de € _____, _____	<input type="checkbox"/> Concordo. À DAF/SCAP, para processamento
1ª Prestação de € _____ até ___/___/_____	<input type="checkbox"/> _____ _____
(da 2ª à 11ª prestação, no valor de € _____,00, deve ser paga até ao dia 25 de cada mês, sendo a última no mês em que a criança complete o 1º ano.	
Em ___ ___ _____	Em ___ ___ _____
O Chefe DASC: _____	O/A Vereador(a): _____

O.P. n.º _____ Cheque n.º _____ sobre _____

A DAF: _____