**ESTRATÉGIA LOCAL DE HABITAÇÃO DE CASTRO MARIM**

**Formulário de manifestação de interesse para beneficiar dos apoios do Programa 1.º Direito**

**Dados do/a interessado/a**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo** |  |
|  |
| **Morada** |  | **Cód. postal** |  |
|  |
| **Telefone** |  | **Email** |  |
| **Documento de identificação** | [ ]  Cartão cidadão[ ]  Bilhete de identidade[ ]  Passaporte | [ ]  Título de residência[ ]  Registo de cidadão comunitário |
| Número: |  | Válido até: |  |
|  |
| **NIF** | Número: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **É proprietário ou usufrutuário de uma segunda habitação?**  | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| **Recebeu algum apoio público para melhorias na sua habitação?** | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| **É estrangeiro com título de residência temporário?** | [ ]  Sim | [ ]  Não |

**Manifestação de interesse aos apoios do 1.º Direito para:**

[selecione uma opção]

|  |
| --- |
| [ ]  Obras de reabilitação/melhorias de habitação própria e permanente para pessoa/família a viver em más condições de moradia |
| [ ]  Obras de adequação de habitação própria e permanente para pessoas com deficiência ou incapacidade  |
| [ ]  Obras de construção em terreno próprio para pessoa/família a viver em más condições de moradia  |

**Descreva a sua situação habitacional** [descreva brevemente os problemas da habitação e os impactos para a pessoa/ família]

|  |
| --- |
|  |

**Dados do agregado**

|  |
| --- |
| **A pessoa/família possui algum património mobiliário?** [valores em contas bancárias (à ordem e a prazo), certificados de aforro, ações, fundos de investimento, Planos Poupança Reforma, etc.] |
| [ ]  Sim | [ ]  Não | Se sim, qual o valor aproximado? |  |

|  |
| --- |
| **Rendimento do agregado familiar** |
| Qual o valor do rendimento mensal ilíquido do agregado? |  |
|  |  |
| Qual a proveniência desses rendimentos?[qual a proveniência ex: salário, pensão, subsídio de desemprego, rendimento social de inserção, outros: indique qual] |  |

**Preencher as informações de todas as pessoas que pertencem ao agregado:**

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de nascimento** |  | **Idade**  |  | **Género** |
|  |  |  |  | [ ]  Feminino | [ ]  Masculino | [ ]  Outro |
| **Rendimento Anual Bruto** |  | **Deficiência ou incapacidade maior ou igual a 60%?** |
|  |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |