**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 | |