**Bolsas de Terapia**

**Ficha de Candidatura**

Informações do(a) Candidato(a)

1. Nome completo:
2. Data de nascimento:
3. Diagnóstico clínico:
4. Ano escolar em 2025/2026:
5. Integra algum Programa de Intervenção Precoce? Se sim, em que escola/ instituição?
6. Beneficia de apoios terapêuticos? Se sim, indique qual ou quais e a sua duração.

Informações do Encarregado de Educação ou Representante Legal

1. Nome completo:
2. Data de nascimento:
3. Morada // Distrito:
4. Contacto telefónico:
5. Email:

Agregado Familiar

1. Composição do agregado familiar:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Nome* | *Grau de Parentesco* | *Idade* | *Situação Profissional* | *Rendimento mensal* |
| *1.* |  |  |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |  |  |
| *3.* |  |  |  |  |  |
| *4.* |  |  |  |  |  |
| *5.* |  |  |  |  |  |
| *6.* |  |  |  |  |  |

Residência

|  |  |
| --- | --- |
| *Situação Habitacional* | *Infraestruturas* |
| Própria ( ) | Electricidade ( ) |
| Arrendada ( ) | Água ( ) |
| Cedida ( ) | Esgotos ( ) |
| Sub Alugada ( ) | Casa de Banho ( ) |
| Da Família ( ) | Fossa ( ) |

|  |
| --- |
| *Divisões* |
| Nº Quartos: |  | Nº Salas: |  |
| Nº Cozinhas: |  | Nº Casas Banho: |  |
| Outras (Quais?): |  |

Orçamento familiar

1. Fonte de rendimento mensal:

Trabalho ( )

Subsídio de desemprego ( )

Subsídio social de desemprego ( )

Rendimento Social de Inserção ( )

Curso de formação ( )

Reforma ( )

Pensão ( ) Qual:

Outro ( ) Qual:

Valor total de rendimentos mensais:

Escalão do abono de família:

Valor total do abono de família (de todos os menores do agregado familiar):

1. Despesas médias mensais

|  |  |
| --- | --- |
| *Despesa* | *Valor* |
| Renda |  |
| Crédito à habitação |  |
| Condomínio |  |
| Água |  |
| Eletricidade |  |
| Gás |  |
| Alimentação |  |
| Educação |  |
| Saúde |  |
| Deslocações |  |
| Telefone/Telemóveis |  |
| Internet e/ou Televisão |  |
| Seguros |  |
| Créditos |  |
| Outro: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TIPO | VALOR |
| Abono de Família para Crianças e Jovens  |  |
| Bonificação por Deficiência a Crianças e Jovens |  |
| Complemento por Dependência |  |
| Subsídio por Assistência à 3ª Pessoa |  |
| Pensão de Sobrevivência |  |
| Outros (Quais?) |  |

Identificação da Instituição, Associação ou equiparada

1. Nome:
2. NIF:
3. Natureza Jurídica:
4. Morada // Distrito:
5. Telefone:
6. Email:
7. Âmbito de Intervenção: Nacional ( )Distrital () Concelhio () Local ()
8. Respostas sociais:
9. Terapias que dispõe:
10. Caracterização do Agregado Familiar:

3. Bolsa de Terapia

*A preencher pela Instituição, Associação ou equiparada*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Designação da Terapia* | *Custo total (9meses)* | *Fundamentação* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Documentação - Candidato

1. *Comprovativo do diagnóstico clínico*
2. *Comprovativo de rendimentos da família*
3. *Em caso de desemprego, comprovativo da inscrição no Centro de Emprego*
4. *Comprovativo de despesas mensais (de todos os itens do ponto 2 do orçamento familiar)*
5. *Declaração do abono de família*

Documentação – Instituição, Associação ou equipada

1. *Comprovativo do valor da(s) terapia(s)*
2. *Comprovativo de constituição da entidade*
3. *Declaração de situação regularizada na Segurança Social*
4. *Declaração de situação regularizada nas Finanças*
5. *Documento comprovativo do IBAN*

Os signatários declaram que tomaram pleno conhecimento do Regulamento do Projeto Bolsas de Terapia, relativamente ao qual não colocam quaisquer reservas e que são verdadeiras todas as informações contidas na presente ficha de candidatura.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

O Encarregado de Educação/ Representantre Legal A Instituição, Associação ou equiparada

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_