

Formulário de Candidatura ao Apoio à Reinserção Social de Pessoas Dependentes de Substâncias Psicoativas

Informação geral

Por favor, antes de preencher o formulário de candidatura, leia o edital de candidatura ao apoio às pessoas dependentes de substâncias psicoativas em recuperação no site <https://www.ccad.cv/site/> e nas instalações da CCAD. Este formulário de candidatura deve ser preenchido na íntegra e assinado pelo requerente na última página e por ele rubricadas todas as páginas.

Identificação do Candidato

Identificação		
Nome Completo		Alcunha:
Data de Nascimento		Idade: ____ Anos
N.º do Bilhete de Identidade / Cartão Nacional Identificação		Sexo: Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
Morada		Localidade:
Ilha		Concelho:
Telefone / Telemóvel	(1)	Email /Página Internet/Facebook:
	(2)	
NIF - Número de Identificação Fiscal		

Perfil Socioeconómico

Assinale com um X as suas respostas		
Estado Civil	Solteiro	
	Casado/União de facto	
	Separado/Divorciado	
	Viúvo	
Nível de Instrução	Sem Escolaridade	

Comissão de Coordenação do Álcool e Outras Drogas

	Ensino Básico/Ensino Primário	
	Ensino Secundário	
	Ensino Superior	
	Curso Profissional Qual? _____	
Profissão		
Situação Profissional Atual	Empregado Tempo no último trabalho: _____ Atividade: _____	
	Desempregado Tempo sem trabalho: _____ Última atividade exercida: _____	
Agregado Familiar	Até 2 pessoas	
	3-4 pessoas	
	5-6 pessoas	
	7 e mais	
Rendimento Mensal do agregado familiar		

Elementos relativos ao tratamento ou manutenção da recuperação

Está em tratamento?	Assinale com x			
	SIM		Há quanto tempo?	
	NÃO		Nunca fez tratamento?	
			Quando terminou o último tratamento?	

Em que instituição?

CTGSF Tendas do El-Shaddai Fazenda da Esperança

Remar ERID CS /DS ULD /EAP

Outros.....

Substância principal de dependência

Álcool Canábis Cocaína Outros: _____

Comissão de Coordenação do Álcool e Outras Drogas

Tempo sem consumo de substâncias psicoativas

1 – 3 meses 4 – 6 meses 7 - 9meses 10 – 12 meses

1 ano 2 anos 3 anos > 3 anos

Tipo de apoio solicitado e justificação das necessidades (qual e por que razão solicita o apoio?)

Descrição das atividades (descrição das atividades que pretende implementar)

Resultados esperados (explicitar os resultados esperados)

Orçamento

Especificação	Custo Unitário	Subtotal

Comissão de Coordenação do Álcool e Outras Drogas

O presente projeto foi entregue em outras instituições para efeito de financiamento?

Sim Não Se sim, quais instituições _____

Já beneficiou de apoios anteriores da CCAD? Sim Não

Assinatura

Eu, abaixo-assinado, declaro que tomei conhecimento do Edital do Anúncio da Candidatura de Apoio à Reinserção Social e da informação contida no presente Formulário, a qual está correta, tanto quanto é do meu conhecimento.

Local: _____

Data ____/____/____

Assinatura do requerente