



ESCRITÓRIO LOCAL	NÚMERO DE TELEFONE
NÚMERO DO PROCESSO	DATA

## DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE GARANTIA STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

### SECÇÃO 1

REF.: \_\_\_\_\_

O Departamento de Saúde e Serviços Sociais abriu um processo para determinar a elegibilidade da pessoa acima indicada. Gostaria muito que nos fornecesse as informações solicitadas na Secção 2 deste formulário.

\_\_\_\_\_  
ESPECIALISTA EM SERVIÇOS FINANCEIROS

### SECÇÃO 2

Autorizo \_\_\_\_\_ cuja relação comigo  
PESSOA OU AGÊNCIA

é de \_\_\_\_\_ a fornecer as seguintes informações para o  
MÉDICO, VIZINHO, PARENTE, ETC.

Departamento de Saúde e Serviços Sociais.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO

\_\_\_\_\_  
DATA

### SECÇÃO 3

#### À PESSOA QUE FORNECE AS INFORMAÇÕES

Forneça apenas informações que sabe pessoalmente serem verdadeiras. Escreva DESCONHECIDO nas informações que não pode fornecer. Assine e ponha a data no formulário e indique a sua morada e número de telefone. Se necessitar de mais espaço, anexe páginas.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
MORADA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELEFONE