



## Questionário

SITUAÇÃO HABITACIONAL (MARCAR  SE SIM OU NÃO)

Tipo de alojamento

	SIM	NÃO
Alojamento Ilegal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa de Pátio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prédio ou Moradia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamento Provisório .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamento Partilhado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Títulos de ocupação

	SIM	NÃO
Casa de Familiares .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa Arrendada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa de Função .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação Precária .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação Ilegal (s/ vínculo) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivo do pedido de habitação

	SIM	NÃO
Sobrelotação .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ação de Despejo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risco de derrocada ou ruína .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renda elevada (> 200 €) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vítimas de violência doméstica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros motivos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto paga de renda? ..... €

Tipo de Família

	SIM	NÃO
Família monoparental c/ dependentes ou família c/ três ou mais dependentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família s/ núcleo só c/ 1 pessoa com idade igual ou superior a 65 anos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família c/ núcleo tipo casal ou s/ núcleo com outras pessoas c/ idade igual ou superior a 65 anos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família tipo nuclear c/ 2 dependentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família tipo nuclear c/ 1 dependente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro tipo de famílias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situação Familiar

	SIM	NÃO
Constituiu família? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há quantos anos? .....	_____	

Situações especiais (devidamente justificadas)

	SIM	NÃO
Tem no seu agregado familiar pessoas que sofrem de deficiência física ou mental? ..... (Comprovado por atestado médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Têm no seu agregado familiar pessoas com grau de incapacidade igual ou superior a 60%? ..... (Comprovado por atestado médico de incapacidade multiuso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, quantos elementos? .....	_____	

Concorrente

Nome completo		
<input type="text"/>		
Data de nascimento	Idade	Rendimento anual líquido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
Estado Civil	Profissão	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	