

# Ação Qualidade de Vida 2019 | Criação do Próprio Negócio

A categoria "Criação do Próprio Negócio" visa estimular o empreendedorismo e o desempenho de um papel mais ativo na sociedade.

Instruções:

As candidaturas devem ser preenchidas no formulário online.

A candidatura deve ser sempre preenchida pelo próprio.

São valorizadas as candidaturas que apresentem parcerias com Organizações que se responsabilizem pela parte de gestão administrativa do negócio e mentoria ao empreendedor numa fase inicial, e que prevejam autonomização do negócio e do empreendedor após 6 meses.

O preenchimento da candidatura implica a leitura prévia do Regulamento disponível em

[www.associacaosalvador.com](http://www.associacaosalvador.com)

\* Required

## 1. Informações Pessoais

---

1. Nome completo \*

---

2. E-mail \*

---

3. Telemóvel \*

---

4. Telefone \*

---

5. Indique o nome e contacto telefónico de duas pessoas com quem vive ou que lhe sejam próximas. Caso seja acompanhado/a por um(a) assistente social, deixe-nos o nome e contacto telefónico. \*

---

6. Morada \*

---

7. Código Postal \*

---

8. Localidade \*

---

**9. Distrito \***

---

**10. Data de Nascimento \***

---

**11. Número de Contribuinte \***

---

**12. Número do Cartão de Cidadão \***

---

**13. Número da Segurança Social \***

---

**14. Habilitações Literárias \***

---

**2. Tipo de Deficiência Motora e Autonomia****15. Tipo de Deficiência \****Mark only one oval.*

- Paraplegia
- Tetraplegia
- Paralisia Cerebral
- Other: \_\_\_\_\_

**16. Grau de Incapacidade \****(conforme atestado de incapacidade multiusos)*

---

**17. Causa da Deficiência Motora \****Mark only one oval.*

- Congénita (adquirida até 1 mês de idade)
- Genética
- Adquirida - acidente de Viação
- Adquirida - acidente de mergulho
- Adquirida - doença
- Other: \_\_\_\_\_

**18. Comprometimento cognitivo \****Mark only one oval.*

- Sim
- Não

**19. Necessita de algum tipo de ajuda para se deslocar? \****Mark only one oval.*

- Não
- Bengala Ortopédica
- Canadianas
- Andarilho
- Prótese
- Cadeira de Rodas Elétrica
- Cadeira de Rodas Manual
- Other: \_\_\_\_\_

**20. Indique o seu grau de Autonomia nas seguintes atividades \****Mark only one oval per row.*

	Independente	Com Ajuda	Dependente
Transferências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene Pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de Computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Situação Socioeconómica****21. Qual a sua ocupação atual? \****Mark only one oval.*

- Estudante
- Desempregado
- Reformado
- Pensionista
- Trabalhador por conta de outrem
- Trabalhador por conta própria
- Other: \_\_\_\_\_

**22. Qual o valor mensal do subsídio/pensão que recebe?**

Apenas se se encontrar  
desempregado/reformado ou pensionista

---

**23. Qual o valor mensal do seu rendimento e quais as funções que desempenha?**

Apenas se estiver a trabalhar por conta de  
outrem ou por conta própria

---

**24. Rendimentos Brutos do Agregado Familiar (conforme último IRS apresentado) \***


---

## 4. Caracterização do Agregado Familiar

### 25. Onde vive? \*

Mark only one oval.

- Casa própria
- Casa Arrendada
- Casa de Familiar
- Instituição
- Other: \_\_\_\_\_

### 26. Com quantas pessoas vive? \*

Excluindo o próprio

Mark only one oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- Other: \_\_\_\_\_

## 5. Dados das pessoas com quem vive

### 27. Pessoa 1 - Nome

\_\_\_\_\_

### 28. Pessoa 1 - Grau de parentesco

\_\_\_\_\_

### 29. Pessoa 1 - Idade

\_\_\_\_\_

### 30. Pessoa 1 - Profissão/Ocupação

\_\_\_\_\_

### 31. Pessoa 1 - portador de deficiência? Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

### 32. Pessoa 2 - Nome

\_\_\_\_\_

### 33. Pessoa 2 - Grau de parentesco

\_\_\_\_\_

### 34. Pessoa 2 - Idade

\_\_\_\_\_

**35. Pessoa 2 - Profissão/Ocupação**

---

**36. Pessoa 2 - portador de deficiência? Se sim, qual?**

---

**37. Pessoa 3 - Nome**

---

**38. Pessoa 3 - Grau de parentesco**

---

**39. Pessoa 3 - Idade**

---

**40. Pessoa 3 - Profissão/Ocupação**

---

**41. Pessoa 3 - portador de deficiência? Se sim, qual?**

---

**6. Apoio(s) Solicitado(s)**

(Se fizer mais do que um pedido, deve ordená-lo por ordem de importância)

**42. Tipo de Apoio(s) Solicitado(s) \***

(pode assinalar mais do que um)

*Check all that apply.*

- Financeiro
- Formação
- Equipamento Informático
- Outros Equipamentos
- Other: \_\_\_\_\_

**43. Número de Apoios Solicitado \***

*Mark only one oval.*

- 1
- 2
- 3

**Apoio n.º 1****44. Designação do Apoio \***

---

**45. Motivo porque pede o apoio \***

(Tente ser o mais claro e detalhado possível na explicação das razões porque necessita dos apoios que está a pedir. No caso de já ter o apoio pedido, mas o mesmo se encontrar danificado ou desadequado, indique por favor há quanto tempo o tem e como esse apoio lhe foi atribuído)

---

**46. Valor do Orçamento 1 \***

---

**47. Valor do Orçamento 2 \***

---

**Apoio n.º 2**

(responda apenas caso queira pedir 2 apoios diferentes)

**48. Designação do Apoio**

---

**49. Motivo porque pede o apoio**

(Tente ser o mais claro e detalhado possível na explicação das razões porque necessita dos apoios que está a pedir. No caso de já ter o apoio pedido, mas o mesmo se encontrar danificado ou desadequado, indique por favor há quanto tempo o tem e como esse apoio lhe foi atribuído)

---

**50. Valor do Orçamento 1**

---

**51. Valor do Orçamento 2**

---

**Apoio n.º 3**

(responda apenas caso queira pedir 3 apoios diferentes)

**52. Designação do Apoio**

---

**53. Motivo porque pede o apoio**

(Tente ser o mais claro e detalhado possível na explicação das razões porque necessita dos apoios que está a pedir. No caso de já ter o apoio pedido, mas o mesmo se encontrar danificado ou desadequado, indique por favor há quanto tempo o tem e como esse apoio lhe foi atribuído)

---

**54. Valor do Orçamento 1**

---

**55. Valor do Orçamento 2**

---

**Valor Total do(s) Apoio(s) Solicitado(s)**

---

A Associação Salvador apoia até 90% do custo efetivo do(s) apoio(s), num limite de 9.000€. O candidato deverá participar sempre com uma caução mínima de 10%.

**56. Indique o valor total dos apoios solicitados \***

Para o cálculo utilize por favor o valor do(s) orçamento(s) da sua preferência.

---

**57. Indique-nos qual a sua preferência em termos de fornecedor. \***

---

**58. Caso o equipamento solicitado ultrapasse os 9 mil euros, como vai pagar a diferença e a comparticipação? \***

Descreva os recursos que tem disponíveis para assegurar estes valores.

---

**59. Fez algum pedido semelhante à Segurança Social, Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), Hospital ou outra Entidade? \***

Mark only one oval.

Sim

Não *Skip to question 63.*

**SIM - fiz pedido de apoio a outra Entidade****60. A que entidade fez o pedido? \***

---

**61. Quando fez o pedido? \***

---

**62. Qual foi a resposta? \***

---

*Skip to question 64.*

**NÃO - Não fiz pedido de apoio semelhante a outra entidade**

**63. Porque motivo o seu pedido não se pode enquadrar no sistema de atribuição de produtos de apoio nas entidades acima referidas? \***

---

---

---

---

---

## O Negócio/ Projeto

Utilize esta secção do formulário para descrever com detalhe o seu negócio, os produtos, serviços, objetivos, a sua motivação para criar este negócio, bem como a sua experiência.

**64. Nome do Negócio/Projeto \***

(poderá ser um nome ainda provisório)

---

**65. Descrição geral do Negócio/Projeto \***

(Objetivos, publico-alvo, serviços/produtos que oferece, local onde se insere)

---

---

---

---

---

**66. Porque é que o Negócio/projeto é necessário? \***

Explique a pertinência do negócio no local onde se insere e o problema que tenta resolver

---

**67. Qual a sua motivação para criar este negócio? \***

---

**68. Que experiência possui na área do negócio/projeto que pretende criar? \***

---

**69. Tem experiência anterior em negócios próprios? \***

Se sim, especifique

---

**70. O Negócio/Projeto tem já parceiros assegurados? Quais? \***

---



**71. Pontos Fortes do Negócio a criar \***

---

**72. Pontos Fracos/Riscos do Negócio a criar \***

---

**73. Como vai garantir o sucesso, sustentabilidade e continuidade do negócio? \***

---

**74. O Negócio/Projeto a criar estará inserido em alguma organização? \***

Numa fase inicial, o projeto/negócio poderá, por exemplo, estar inserido numa Organização, que fará a gestão financeira e administrativa, e preparará o negócio e o empreendedor para serem autónomos após 6 meses/1 ano.

*Mark only one oval.*

Não *Skip to question 80.*

## Organização parceira

Caso o seu negócio/projeto esteja inserido/tenha apoio de alguma organização, deixe em baixo os dados da organização parceira.

**75. Nome da Organização \***

---

**76. Nome da Pessoa de Contacto \***

---

**77. Telefone da Pessoa de Contacto \***

---

**78. Motivação da Organização para apoiar o negócio/projeto \***

---

---

---

---

---

**79. Fez algum pedido de apoio a outras organizações? Se sim, especifique qual ou quais, que tipo de apoio foi solicitado e indique qual a viabilidade de se concretizar \***

---

## Informações Adicionais

**80. IMPACTO NA COMUNIDADE - Caso receba o(s) apoio(s) que solicita, esse apoio poderá ser usado por outras pessoas na comunidade? Quantas e como? \***

---

---

---

---

---

**81. IMPACTO NA COMUNIDADE - Caso receba o(s) apoio(s) que solicita, De que forma acha que o seu exemplo poderia influenciar outras pessoas que vivem numa situação semelhante à sua? No seu negócio/projeto será possível empregar outras pessoas (com ou sem deficiência)? \***

---

---

---

---

---

**82. Como ocupa o seu tempo livre? Que atividades costuma fazer (desporto/ associativismo/ voluntariado/ atividades em grupo, etc)? E com quem costuma fazer estas atividades? \***

---

---

---

---

---

**83. Biografia Breve - Fale-nos um pouco de si e da sua história de vida. \***

Qual a causa da sua deficiência, o que faz, como ocupa o tempo, o que gosta de fazer, como lida com o facto de ter deficiência motora, quais as principais adversidades no seu dia-a-dia e como as encara; quais são os seus sonhos e qual a sua motivação para os alcançar.

---

---

---

---

---

**84. Plano de Ação caso receba o apoio \***

Diga-nos o que fará caso receba o apoio que está a solicitar. Quais os seus objetivos, como os irá atingir e como receber o apoio vai melhorar a sua qualidade de vida (que mudanças vai sentir a nível pessoal, social, profissional/ocupacional).

---

---

---

---

---

85. **Caso seja selecionado pelo júri para receber o apoio, como irá divulgar o facto de ter sido apoiado?**

---

---

---

---

---

86. **Já foi apoiado pela Associação Salvador no passado? Se sim, indique qual o apoio recebido e o ano.**

*Mark only one oval.*

- Sim
- Não

87. **Indique qual o apoio e o ano em que foi recebido.**

---

88. **Como teve conhecimento da Ação Qualidade de Vida?**

*Check all that apply.*

- E-mail
- Site
- Facebook
- Cartaz
- Assistente Social
- Sessão de Apresentação e Esclarecimentos
- Other: \_\_\_\_\_

## **Está quase a terminar!**

O que falta:

Confirme na lista seguinte que tem todos os documentos obrigatórios para que a candidatura seja considerada válida. Estes documentos deverão ser enviados logo após submissão da candidatura para [marianap@associacaosalvador.com](mailto:marianap@associacaosalvador.com), mencionando no assunto "AQV".

Assinale que conhece e concorda com o regulamento.

Assinale que aceita as condições sobre a transmissão de dados pessoais.

Declare que toda a informação contida nesta candidatura é verdadeira.

## **LISTA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS para que a candidatura seja considerada válida**

---

Envie os documentos por email e assinale-os na listagem seguinte. A Associação Salvador poderá pedir mais documentação numa fase posterior de deliberação do júri.

**89. Confirme na lista em baixo que tem todos os documentos obrigatórios para que a candidatura seja considerada válida. \***

*Check all that apply.*

- Formulário de Candidatura preenchido de acordo com a categoria a que se candidata
- Fotografia de corpo inteiro atualizada do(a) candidato(a);
- Vídeo de um minuto feito pelo candidato ou por um cuidador, onde é relatada a história pessoal do candidato e explicada a razão porque necessita do(s) apoio(s). Este vídeo não necessita de qualidade profissional, podendo ser feito por telemóvel, por exemplo;
- IRS de 2018 do candidato, caso não faça declaração de IRS, deve enviar documento comprovativo das Finanças;
- IRS de 2018 do respetivo agregado familiar;
- Declaração de inexistência de dívidas perante a Segurança Social e Declaração de inexistência de dívidas perante as Finanças. Caso o candidato seja menor de idade, as declarações de não dívida devem ser dos pais;
- Caso receba Subsídio ou Pensão, apresentar comprovativos emitidos pela Segurança Social;
- Fotocópia do Atestado de Incapacidade Multiusos.
- Duas cartas de apoio redigidas por familiares, amigos, colegas, assistentes sociais ou médicos, devidamente identificados (nome e contacto telefónico) dirigidas ao júri, justificando os motivos pelos quais este deve apoiar o(a) candidato(a). As cartas devem conter o nome e contactos de quem as escreve;
- No caso de o apoio solicitado ser investimento inicial para um negócio, o candidato deve enviar uma previsão de orçamento, discriminado por tipo de despesa, justificação e respetivo valor.
- Curriculum vitae;
- Breve descrição do negócio e dos futuros beneficiários/clientes
- Dois orçamentos atuais, cumprindo as seguintes obrigações: Terem prazo de validade até ao final de 2019; Serem de dois fornecedores distintos; Serem relativos ao mesmo equipamento e com os mesmos extras/funcionalidades; Terem discriminados todos os valores por itens; Serem acompanhados de um relatório técnico/avaliação desse mesmo equipamento (caso aplicável).
- Declaração - Cedência de Imagem
- Declaração - Cedência de Dados

**90. Li e aceito \***

*Check all that apply.*

- Li e aceito as condições estabelecidas no regulamento Ação Qualidade de Vida 2019.
- Entendo que a minha privacidade é muito importante para a Associação Salvador e que tomei conhecimento de toda a informação sobre a sua política de proteção de dados e privacidade disponível em <https://www.associacaosalvador.com/politica-de-privacidade/>.
- Autorizo a utilização dos Direitos de Imagem por parte da Associação Salvador, de acordo com o "Acordo de Cedência de Imagem".
- Dou o meu consentimento à Associação Salvador para o armazenamento e tratamento dos dados agora fornecidos no âmbito da minha candidatura à Ação Qualidade de Vida 2019, de acordo com o "Acordo de tratamento de dados pessoais dos CANDIDATOS ao projeto Ação Qualidade de Vida promovido pela ASSOCIAÇÃO SALVADOR".
- Confirmo que a informação que envio é verdadeira e completa.

**91. Declaração de Honra \***

*Check all that apply.*

- Declaro que todos os dados e declarações contidos nesta candidatura são verdadeiros.
  - Declaro que caso venha a ser beneficiário do(s) apoio(s) solicitado(s), comprometo-me a cumprir todas e quaisquer obrigações que constem do regulamento e da ficha de candidatura, sob pena de, em caso de incumprimento, e em qualquer momento, ter de devolver todo e qualquer apoio disponibilizado pela Associação Salvador (o equipamento e/ou o valor monetário do apoio) ao abrigo desta iniciativa.
  - Declaro que caso venha a ser beneficiário da Ação Qualidade de Vida, comprometo-me a tornar-me Amigo da Associação Salvador.
  - Declaro que caso seja beneficiário da Ação Qualidade de Vida, comprometo-me a participar na Cerimónia de Entrega de Apoios - data a anunciar.
- 

Powered by

