



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES FAMILIARES

REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA ⁽¹⁾

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Telemóvel/ Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>

2 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

3 CERTIFICAÇÃO

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano mês dia

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

4 INFORMAÇÕES / LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

A última página (**quadro 5**) é destinada à certificação médica e faz parte integrante deste requerimento.

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social:

- Conjuntamente com o requerimento de Abono de Família para Crianças e Jovens, modelo RP 5045-DGSS, se já existir a situação de deficiência;
- No prazo de seis meses, contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou a deficiência.

No caso de requerer após aquele prazo, a prestação será paga, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento.

⁽¹⁾ **A partir de 1 de outubro de 2019, esta prestação só é atribuída a crianças com idade igual ou inferior a 10 anos.**

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do: **requerente** ou **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número Validade ano mês dia

Assinatura e carimbo da Segurança Social

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

5 CERTIFICADO MÉDICO (A preencher pelo médico ⁽¹⁾)

Nome completo do médico _____ ,
portador da Cédula Profissional n.º _____ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que, no exercício da sua
atividade profissional, observou _____
cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde _____ ano | _____ mês | _____ dia portador da seguinte deficiência, a qual determina
ou pode vir a determinar, na criança, os efeitos abaixo indicados:

Deficiência

- | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Por perda | <input type="checkbox"/> Congénita | <input type="checkbox"/> De estrutura | } | <input type="checkbox"/> Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Por anomalia | <input type="checkbox"/> Adquirida | <input type="checkbox"/> De função | | <input type="checkbox"/> Intelectual |
| | | | | <input type="checkbox"/> Fisiológica |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anatómica |

Natureza da Deficiência

- Permanente
- Não permanente

Efeitos no desenvolvimento da Criança

Situação em que se encontra a Criança

- Necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida como meio de impedir o seu agravamento, anular ou atenuar os seus efeitos e permitir a sua plena integração social.

Natureza do atendimento individualizado: pedagógico terapêutico

Condições em que deve ser prestado o atendimento individualizado:

(Especificação da forma de atendimento)

- Frequente, está internada ou em condições de frequência ou de internamento em estabelecimento especializado de reabilitação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está devidamente anotada e guardada em

(Identificação do ficheiro clínico)

ano | mês | dia

Assinatura do médico

(1) A certificação deve ser efetuada por equipas multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, não as havendo, por médico especialista na deficiência em causa ou ainda pelo médico assistente.