



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

Específico por internamento hospitalar do recém-nascido

Parental alargado

Antes de preencher leia a informação dos quadros 6 e 7

1 IDENTIFICAÇÃO DA(S) PESSOA(S) A QUEM SE DESTINA O SUBSÍDIO ⁽¹⁾

Mãe

Nome completo _____

Data de nascimento _____ ano _____ mês _____ dia _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____

N.º de Identificação Fiscal _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

Pai

Nome completo _____

Data de nascimento _____ ano _____ mês _____ dia _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____

N.º de Identificação Fiscal _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO ESPECÍFICO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO

Data do parto _____ ano _____ mês _____ dia _____ Data da alta hospitalar _____ ano _____ mês _____ dia _____

O parto ocorreu até às 33 semanas? Sim ⁽¹⁾ Não ⁽²⁾

Indique o período de impedimento para o trabalho (A preencher por quem gozar o acréscimo da licença ou por ambos se houver partilha):

Mãe

de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾; de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾

de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾; de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾

Pai

de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾; de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾

de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾; de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽³⁾

⁽¹⁾ Se respondeu **Sim**, a licença parental inicial pode ser acrescida de todo o período de internamento e mais 30 dias de acréscimo.

⁽²⁾ Se respondeu **Não**, a licença parental inicial pode ser acrescida de todo o período de internamento, mas com o limite máximo de 30 dias.

⁽³⁾ Indique o número de dias seguidos.

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO PARENTAL ALARGADO

Pretende gozar ou já gozou a licença parental alargada? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o período de

impedimento para o trabalho (assinale uma ou as duas opções, conforme a situação):

Mãe de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽¹⁾

Pai de _____ ano _____ mês _____ dia _____ a _____ ano _____ mês _____ dia _____ n.º de dias _____ ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Indique o número de dias seguidos.

⁽¹⁾ No caso do subsídio ser requerido pelos representantes legais da(s) pessoa(s) a quem se destina(m) o(s) subsídio(s), preencha a Folha de Continuação deste requerimento, Mod. RP 5092-1-DGSS.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

4 MODO DE PAGAMENTO

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária. Para o efeito, deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN), o qual será registado ou alterado no sistema de informação da Segurança Social.

Mãe

Pai

Nota: mesmo que o IBAN seja o mesmo, deve ser indicado nos dois campos.

Na falta daqueles elementos ou indicação incorreta do IBAN, serão utilizados os dados da modalidade de pagamento que consta registada no sistema de informação da Segurança Social.

5 CERTIFICAÇÃO DO(S) REQUERENTE(S)

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

Tomei conhecimento de que devo comunicar ao serviço de Segurança Social qualquer facto que determine a cessação do subsídio, no prazo de 5 dias úteis a partir da data da sua verificação.

Mãe ou representante legal

ano mês dia

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

Pai ou representante legal

ano mês dia

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

6 INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS A APRESENTAR

Para todos os subsídios

- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária;
- Formulário de Identificação, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de não possuir Número de Identificação de Segurança Social.

Subsídio específico por internamento hospitalar do recém-nascido

Declaração hospitalar comprovativa do período de internamento da criança.

Nota: Todas as referências neste formulário feitas à "mãe" e ao "pai" consideram-se efetuadas aos titulares do direito de parentalidade, salvo as que resultem da condição biológica daqueles.

Consulte a Folha Anexa a este requerimento, para obter informações relativas aos subsídios/instruções de preenchimento e documentos a apresentar.

7 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da proteção:**

- nos serviços de atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio;
- através do preenchimento do requerimento online, no **serviço Segurança Social Direta em www.seg-social.pt**, se a entidade competente para o tratamento do requerimento for o Instituto da Segurança Social, I.P., ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.

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