



SEGURANÇA SOCIAL

**PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE**  
**REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO**

- Específico por internamento hospitalar do recém-nascido**  
 **Parental alargado**

**FOLHA DE CONTINUAÇÃO**

**1 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA A QUEM SE DESTINA O SUBSÍDIO**

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**2 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE**

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Assinale com X a situação do requerente relativamente à pessoa identificada no **quadro 1**:

Mãe / Equiparada  Pai / Equiparado  Tutor  outro \_\_\_\_\_  
(indique qual a situação)

**3 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

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**

Este formulário deve ser apresentado conjuntamente com o requerimento do subsídio, Mod. RP 5092 -DGSS, no caso do requerente da prestação ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio.

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](http://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**