



SEGURANÇA SOCIAL

## REQUERIMENTO

**Complemento por Dependência**       **Revisão do Complemento por Dependência**

Antes de preencher leia com atenção as informações

### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

Nome completo						
Data de nascimento	<table border="1"><tr><td>ano</td><td>mês</td><td>dia</td></tr></table>	ano	mês	dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
ano	mês	dia				
N.º de Identificação Fiscal						
Telemóvel / Telefone	Fax	E-mail				
O pedido é efetuado na qualidade de: <input type="checkbox"/> requerente de pensão ou <input type="checkbox"/> pensionista de <sup>(1)</sup>						
<input type="checkbox"/> Beneficiário não pensionista portador de qualquer uma das doenças indicadas no <b>quadro 8.3</b> suscetível de originar invalidez						
<b>(1)</b> Indique uma das seguintes situações: Pensão de Invalidez, Velhice ou Sobrevivência, Pensão Social de Velhice, Pensão de Orfandade ou de Viuvez.						

### 2 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <sup>(1)</sup> (A preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

Nome completo						
Data de nascimento	<table border="1"><tr><td>ano</td><td>mês</td><td>dia</td></tr></table>	ano	mês	dia	N.º de Identificação Fiscal	
ano	mês	dia				
Morada						
Localidade						
Código postal						
Telemóvel / Telefone	Fax	E-mail				
<b>(1)</b> Familiares, outras pessoas ou instituições que prestam ou estejam disponíveis para prestar a assistência.						

### 3 ELEMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRESTADA

#### 3.1 Tipo de assistência

<input type="checkbox"/> Realização de serviços domésticos	<input type="checkbox"/> Apoio à locomoção	<input type="checkbox"/> Em lar subsidiado
<input type="checkbox"/> Apoio nos cuidados de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Apoio na alimentação	<input type="checkbox"/> Outra _____

#### 3.2 Situação da pessoa dependente

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Outra situação _____
----------------------------------	---

(continua na pág. seguinte)

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

### 3 ELEMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRESTADA (continuação)

**3.3 Modalidade da assistência** (nome da(s) pessoa(s) ou instituição (instituições) que presta(m) a assistência):

Nome completo	<input type="text"/>		
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Data de início da prestação da assistência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ano	mês	dia

Nome completo	<input type="text"/>		
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Data de início da prestação da assistência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ano	mês	dia

### 4 OUTRAS DECLARAÇÕES

Exerce profissão remunerada por conta própria ou por conta de outrem?  Sim  Não

Recebe pensão (pensões), Complemento por Dependência ou prestação análoga<sup>(1)</sup> de outro(s) organismo(s), nacional ou estrangeiro?

Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

**Valor mensal**

**Entidade(s) pagadora(s)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ EUR

A situação de dependência foi provocada por ato da responsabilidade de terceiro?  Sim  Não

Se assinalou **Sim**, deve anexar o Mod. RP 5074-DGSS devidamente preenchido

**(1)** Considera-se prestação análoga a que tenha por objetivo a proteção na situação de dependência.

### 5 A PREENCHER NO CASO DE REVISÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

Fundamentos que justificam o pedido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6 MODO DE PAGAMENTO

O Complemento por Dependência é pago juntamente com o valor da pensão que recebe ou vai receber.

O pagamento pode ser efetuado por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN):

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN será utilizado outro meio de pagamento.

