



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	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> <small>ano mês dia</small>	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
N.º de Identificação Fiscal	<input type="text"/>		
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
O pedido é efetuado na qualidade de:	<input type="checkbox"/> requerente de pensão ou <input type="checkbox"/> pensionista de ⁽¹⁾ <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Beneficiário não pensionista portador de qualquer uma das doenças indicadas no quadro 8.3 suscetível de originar invalidez		
(1)	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 ⁽¹⁾ (A preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> <small>ano mês dia</small>	N.º de Identificação Fiscal	<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"/>
	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
(1)	Famíliares, 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 <input type="text"/>

3.2 Situação da pessoa dependente

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

(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⁽¹⁾ de outro(s) organismo(s), nacional ou estrangeiro?

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

Valor mensal

Entidade(s) pagadora(s)

<input type="text"/>	, <input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	, <input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	, <input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>

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 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. O IBAN agora indicado passará a ser utilizado para o pagamento de todas as prestações de Segurança Social.

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

7 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

ano mês dia

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

8 INFORMAÇÕES

8.1 Documentos a apresentar

Documentos de identificação válidos (Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade ou título de Permanência/Residência, no caso de cidadão estrangeiro) do beneficiário, do requerente e da(s) pessoa(s) ou da instituição que presta(m) assistência, se for o caso.

Documento de identificação fiscal do beneficiário.

Documento de identificação válido do rogado, no caso de assinatura a rogo.

Informação Médica, Mod. SVI 7-DGSS⁽¹⁾ devidamente fundamentada e instruída, relativa à situação de dependência do interessado.

Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária.

⁽¹⁾ Modelo próprio, a obter nos serviços da Segurança Social.

8.2 Local de entrega

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social e pode ser entregue conjuntamente com o requerimento da pensão ou posteriormente.

8.3 Quem tem direito ao Complemento por Dependência

Pensionista ou requerente de Pensão de Invalidez, de Velhice ou de Sobrevivência, Pensão Social de Velhice ou de Sobrevivência, Pensão de Orfandade ou de Viuvez.

Beneficiário não pensionista, portador de uma das seguintes doenças: Paramiloidose Familiar, doença Machado-Joseph, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Esclerose Múltipla, Foro Oncológico, Esclerose Lateral Amiotrófica, Parkinson, Alzheimer, doenças raras ou outras.

Titular da Prestação Social para a Inclusão.

8.4 Quem pode prestar assistência

Uma ou várias pessoas em conjugação, desde que não se encontrem carecidas de autonomia, incluindo familiares do titular da prestação. Instituições no âmbito de apoio domiciliário ou outras, nomeadamente os serviços de telealarme. Estabelecimentos de apoio social oficial ou particular com ou sem fins lucrativos.

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: **beneficiário/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