



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO ⁽¹⁾

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

1 IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)

Nome completo _____

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

N.º de Identificação Fiscal _____

Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no **quadro 2**

Pai / Mãe / Equiparado Adotante Tutor
 Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa Outro _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO FILHO / EQUIPARADO

Nome completo _____

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

É titular de Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação ou de Subsídio Mensal Vitalício? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora _____
(Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)

A responder, no caso de o filho ter mais de 18 anos:

Está integrado no agregado familiar do requerente? Sim Não

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE DO REQUERENTE / EQUIPARADO

Nome completo _____

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

Exerce atividade profissional? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pela qual está abrangido _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)

Requeriu o mesmo subsídio pelo mesmo motivo? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o período de impedimento para o trabalho: de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Está impossibilitado de prestar assistência? Sim Não

⁽¹⁾ O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

4 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO DO REQUERENTE E OUTROS ELEMENTOS

de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____

No caso de estar ou **ter estado abrangido por outro regime de proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respetivo período:

de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____

5 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.

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.

6 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

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

____/____/____

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

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

1. Para todos

- Declaração médica que indique a necessidade de prestar assistência inadiável e imprescindível ao filho;
- Formulário Mod. RV 1009-DGSS, no caso do requerente não estar identificado na Segurança Social.
- Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de não estar inscrito na Segurança Social e junte os meios de prova nele solicitados.
- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária.

2. No caso de filho com deficiência

Declaração médica comprovativa da situação de deficiência. ⁽²⁾

3. No caso de filho com doença crónica

Declaração médica comprovativa da doença crónica. ⁽³⁾

⁽²⁾ Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e estar a ser atribuída uma prestação por deficiência.

⁽³⁾ Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e já tiver sido apresentada anteriormente a respetiva declaração.

8 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar do 1.º dia de impedimento para o trabalho:**

- nos serviços de atendimento da Segurança Social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento online, no **portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt.](http://www.seg-social.pt)**, através da **Segurança Social Direta (SSD)**, 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 ____/____/____

Assinatura e carimbo da Segurança Social