



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA

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

Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente? Sim Não

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 _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)

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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

