SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A NETO

☐ **Nascimento** ☐ **Doença ou Acidente** (1)

Antes de preencher leia a informação dos quadros 9 e 10

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

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

☐ Avô / Equiparado ☐ Avó / Equiparada

Telemóvel / Telefone_____ Fax _____ E-mail _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO NETO / EQUIPARADO

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO POR NASCIMENTO DE NETO / EQUIPARADO

Nome do menor de 16 anos

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

O neto, filho de menor de 16 anos, vive em comunhão de mesa e de habitação com o requerente do subsídio? ◯ Sim ◯ Não

A assistência a neto é partilhada pelos avós? ◯ Sim ◯ Não

Se respondeu Sim, indique no quadro 5 o período de impedimento para o trabalho do outro avô.

Se respondeu Não, indique, relativamente ao outro avô:

Exerce atividade profissional? ◯ Sim ◯ Não

Está impossibilitado de prestar assistência? ◯ Sim ◯ Não

Requereu o subsídio pelo mesmo motivo? ◯ 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 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO POR DOENÇA OU ACIDENTE DE NETO / EQUIPARADO

A necessidade de assistência ao neto motivou a falta ao trabalho de outro avô? ◯ Sim ◯ Não

Se respondeu Sim, indique, **relativamente ao outro avô**:

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Nome da Instituição pela qual está abrangido: _____

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

Indique, relativamente aos progenitores:

Exercem atividade profissional? ◯ Sim ◯ Não

Estão impossibilitados de prestar assistência? ◯ Sim ◯ Não

Requereram o subsídio pelo mesmo motivo? ◯ Sim ◯ Não

Identificação do progenitor impedido de prestar assistência

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

5 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE DO REQUERENTE / EQUIPARADO

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

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)

Período de impedimento para o trabalho de ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia); de ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia).

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

De ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia); de ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia); de ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia).

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 ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia); de ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia); de ___ (ano / mês / dia) a ___ (ano / mês / dia).

7 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.

8 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

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

ano mês dia

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

9 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Para todos

- 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.

Em caso de nascimento

Declaração do médico do estabelecimento ou serviço de saúde comprovativa do parto ou apresentação de documento de identificação civil do neto.

Em caso de doença ou acidente

Declaração médica que indique o período de impedimento para o trabalho necessário para garantir a assistência inadiável e imprescindível ao neto.

10 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., 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 ano mês dia

Assinatura e carimbo da Segurança Social