



SEGURANÇA SOCIAL

## PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

### DECLARAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA <sup>(1)</sup>

#### 1 IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE (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		Código do Serviço de Finanças	

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS AO FILHO/EQUIPARADO

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

#### 3 PRORROGAÇÃO DO(S)PERÍODO(S) DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO

Para efeitos do disposto no n.º 3 do artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de abril, declaro que foi prorrogada a licença para assistência ao descendente com deficiência ou doença crónica identificado no **quadro 2**, durante o seguinte 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 .

#### 4 CERTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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 do declarante ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

#### 5 CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

Confirmo as declarações prestadas pelo trabalhador, relativamente à manutenção da licença para assistência ao descendente identificado no **quadro 2**.

Não confirmo

\_\_\_\_ ano | \_\_\_\_ mês | \_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

#### 6 PRAZO E LOCAL DE ENTREGA

Esta declaração deve ser entregue no prazo de **10 dias úteis** antes do fim da anterior licença, no competente serviço de Segurança Social.

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

(1) Aplicação do n.º 3 do artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de abril

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](http://www.seg-social.pt)

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