

Requerimento de Subsídio Específico por Internamento Hospitalar do Recém-Nascido - Folha de continuação

1 Identificação da pessoa a quem se destina o subsídio

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

2 Elementos relativos ao requerente

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano mês dia

Assinale a situação do requerente relativamente à pessoa identificada no quadro **1**.

Mãe / Equiparada

Pai / Equiparado

Tutor

Outro

Indique qual a situação

3 Declarações

- ▶ A informação que prestei é completa e verdadeira;
- ▶ As falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

ano mês dia

Assinatura

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

4 Informações

Este formulário deve ser apresentado juntamente com o requerimento do subsídio, RP 5092, no caso do requerente da prestação ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio.

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços 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, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os 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 site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmando que a assinatura do/a **Requerente** **Pessoa que assinou a rogo** 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