SEGURANÇA SOCIAL

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO A TERCEIRO

COMPLEMENTO SOLIDÁRIO PARA IDOSOS

_____ ,
(nome do titular do complemento)
natural da Freguesia de _____ , Concelho de _____ ,

casado sob o regime de bens de _____ com _____

titular do documento de identificação civil válido[1] n.º _____ válido até ____|____|____ ,
ano mês dia

emitido por _____ , residente em _____

_____ , n.º _____ ,

beneficiário da Segurança Social n.º _____ , autoriza que o pagamento do valor do Complemento Solidário

para Idosos, de que é beneficiário, seja efetuado a _____ ,

natural da Freguesia de _____ , Concelho de _____ ,

titular do documento de identificação civil válido[1] n.º _____ válido até ____|____|____ ,
ano mês dia

emitido por _____ , residente em _____

_____ , n.º_____,

beneficiário da Segurança Social n.º _____ , pelo período de ____|____|____ a ____|____|____ ,
ano mês dia ano mês dia
por motivo de:

☐ impossibilidade temporária por doença;

☐ internamento temporário em estabelecimento de apoio social ou equiparado.

Ou, sem limite de tempo, por motivo de:

☐ incapacidade e encontrar-se a aguardar a nomeação do respetivo representante legal;

☐ impossibilidade permanente por doença;

☐ internamento permanente em estabelecimento de apoio social ou equiparado.

Se pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária, indique o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN) da pessoa autorizada:

|_|_|_