



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO

Complemento por Dependência **Revisão do Complemento por Dependência**

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
N.º de Identificação Fiscal			
Telemóvel / Telefone	Fax	E-mail	
O pedido é efetuado na qualidade de:	<input type="checkbox"/> requerente de pensão	ou	<input type="checkbox"/> pensionista de ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Beneficiário não pensionista portador de qualquer uma das doenças indicadas no quadro 8.3 suscetível de originar invalidez			

(1) Indique uma das seguintes situações: Pensão de Invalidez, Velhice ou Sobrevivência, Pensão Social de Velhice, Pensão de Orfandade ou de Viuvez.

2 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE ⁽¹⁾ (A preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação Fiscal	
Morada			
Localidade			
Código postal			
Telemóvel / Telefone	Fax	E-mail	

(1) Familiares, outras pessoas ou instituições que prestam ou estejam disponíveis para prestar a assistência.

3 ELEMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRESTADA

3.1 Tipo de assistência

<input type="checkbox"/> Realização de serviços domésticos	<input type="checkbox"/> Apoio à locomoção	<input type="checkbox"/> Em lar subsidiado
<input type="checkbox"/> Apoio nos cuidados de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Apoio na alimentação	<input type="checkbox"/> Outra _____

3.2 Situação da pessoa dependente

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Outra situação _____
----------------------------------	---

(continua na pág. seguinte)

Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei.

3 ELEMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRESTADA (continuação)

3.3 Modalidade da assistência (nome da(s) pessoa(s) ou instituição (instituições) que presta(m) a assistência):

Nome completo	<input type="text"/>		
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>
Data de início da prestação da assistência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ano	mês	dia

Nome completo	<input type="text"/>		
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>
Data de início da prestação da assistência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ano	mês	dia

4 OUTRAS DECLARAÇÕES

Exerce profissão remunerada por conta própria ou por conta de outrem? Sim Não

Recebe pensão (pensões), Complemento por Dependência ou prestação análoga⁽¹⁾ de outro(s) organismo(s), nacional ou estrangeiro?

Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Valor mensal

Entidade(s) pagadora(s)

<input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>

A situação de dependência foi provocada por ato da responsabilidade de terceiro? Sim Não

Se assinalou **Sim**, deve anexar o Mod. RP 5074-DGSS devidamente preenchido

(1) Considera-se prestação análoga a que tenha por objetivo a proteção na situação de dependência.

5 A PREENCHER NO CASO DE REVISÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

Fundamentos que justificam o pedido:

