



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

Parental Parental alargado

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

1 IDENTIFICAÇÃO DA(S) PESSOA(S) A QUEM SE DESTINA(M) O(S) SUBSÍDIO(S) ⁽¹⁾

Mãe

Nome completo _____

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

N.º de Identificação Fiscal _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

Pai

Nome completo _____

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

N.º de Identificação Fiscal _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO PARENTAL

2.1 Subsídio Parental: Inicial/Inicial exclusivo da mãe/Inicial exclusivo do pai e correspondentes subsídios sociais

Data do parto _____
ano mês dia

A mãe é trabalhadora? Sim Não

O pai é trabalhador? Sim Não

Houve nascimento de gémeos? Sim Não **Se respondeu Sim, indique:**

- qual o número de crianças nascidas _____

- se pretende gozar os 30 dias de acréscimo, por cada criança além da primeira: Sim Não

- se o pai pretende gozar os 2 dias de acréscimo ao período de 15 dias obrigatórios do **Subsídio Parental Inicial exclusivo do pai**, por cada criança além da primeira: Sim Não

- se o pai pretende gozar os 2 dias de acréscimo ao período de 10 dias facultativos do **Subsídio Parental Inicial exclusivo do pai**, por cada criança além da primeira: Sim Não

(continua na pág. seguinte)

(1) No caso do subsídio ser requerido pelos representantes legais da(s) pessoa(s) a quem se destina(m) o(s) subsídio(s), preencha a Folha de Continuação deste requerimento, Mod. RP 5049-I-DGSS.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

A mãe e o pai partilham a licença parental inicial ou o período de duração do subsídio?

 Sim

 Não

Se respondeu **Sim**, indique o período de licença/impedimento para o trabalho

 120 dias 150 dias

 150 dias (120 + 30 de acréscimo por partilha) 180 dias (150 + 30 de acréscimo por partilha) outro _____ dias

No caso de ser trabalhadora, a licença foi iniciada antes do parto? Sim Não

Indique, o período relativo ao **Subsídio Parental Inicial exclusivo do pai** (assinale uma ou ambas as opções):

 15 dias obrigatórios 10 dias facultativos

Indique os períodos de impedimento para o trabalho correspondentes às opções assinalados, incluindo os relativos aos períodos de acréscimo por nascimento de gémeos, se for caso disso:

Mãe

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾

Pai

Períodos relativos ao Subsídio Parental Inicial exclusivo do pai

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾

Períodos relativos ao Subsídio Parental Inicial partilhado

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾

Se respondeu **Não**, assinale o período pretendido de acordo com o(s) requerente(s) do subsídio:

 Mãe
 120 dias 150 dias outro _____ dias

 Apenas pelo período correspondente ao do **Subsídio Parental Inicial exclusivo da mãe**.

No caso de ser trabalhadora, a licença foi iniciada antes do parto? Sim Não

Indique o período de impedimento para o trabalho incluindo o relativo ao período de acréscimo por nascimento de gémeos,

se for caso disso: de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾

Pai (assinale uma ou ambas as opções e indique os períodos de impedimento para o trabalho incluindo os relativos aos períodos de acréscimo por nascimento de gémeos, se for caso disso)

 Pelo período relativo ao **Subsídio Parental Inicial exclusivo do pai**: 15 dias obrigatórios 10 dias facultativos

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾;

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾

 Pelo restante do período da licença parental inicial após o gozo obrigatório das seis semanas da mãe: N.º de dias

de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾

(continua na pág. seguinte)

⁽²⁾ Indique o número de dias seguidos. Veja a situação de exceção no exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO PARENTAL (continuação)

2.2 Subsídio Parental Inicial/Social Parental Inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro

O pedido é motivado por:

Incapacidade física ou psíquica do outro progenitor

Morte do outro progenitor. Data do óbito _____
ano | mês | dia

Indique o período de impedimento para o trabalho: de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia

2.3 Outros elementos

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.

Mãe

Nome da instituição _____

de _____ a _____ ; de _____ a _____
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

Pai

Nome da instituição _____

de _____ a _____ ; de _____ a _____
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO PARENTAL ALARGADO

Indique o período de impedimento para o trabalho (assinale uma ou as duas opções, conforme a situação):

Mãe de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia

Pai de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia

4 ELEMENTOS RELATIVOS AO OUTRO PROGENITOR (A preencher no caso do outro progenitor não estar identificado no quadro 1)

Nome completo _____

Data de nascimento _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____
ano | mês | dia

Exerce atividade profissional? Sim Não **Se respondeu Sim**, indique:

- Nome da Instituição pela qual está abrangido: _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

- Pretende gozar ou já gozou a licença parental? Sim Não **Se respondeu Sim**, indique o(s) período(s) de impedimento para o trabalho:

de _____ a _____ n.º de dias (2); de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

de _____ a _____ n.º de dias (2); de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

de _____ a _____ n.º de dias (2); de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

de _____ a _____ n.º de dias (2); de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

de _____ a _____ n.º de dias (2); de _____ a _____ n.º de dias (2)
ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia ano | mês | dia

- Pretende gozar ou já gozou a licença parental alargada? Sim Não **Se respondeu Sim**, indique o período de impedimento para o trabalho: de _____ a _____ n.º de dias
ano | mês | dia ano | mês | dia

(2) Indique o número de dias seguidos. Veja a situação de exceção no exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

5 MODO DE PAGAMENTO

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN).

Mãe

Pai

Nota: mesmo que o IBAN seja o mesmo, deve ser indicado nos dois campos. Na falta destes elementos ou indicação incorreta do IBAN, será utilizado outro meio de pagamento.

6 CERTIFICAÇÃO DO(S) REQUERENTE(S)

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.

Mãe ou representante legal

_____|_____|_____
ano mês dia

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

Pai ou representante legal

_____|_____|_____
ano mês dia

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

7 INFORMAÇÕES

Este formulário destina-se a ser preenchido por um ou dois destinatários do subsídio.

Consulte a Folha Anexa a este requerimento, para obter informações relativas aos subsídios/instruções de preenchimento e documentos a apresentar.

8 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da proteção:**

- 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**, 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