



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

Adoção

Adoção por licença alargada

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

1 IDENTIFICAÇÃO DO(S) REQUERENTE(S) (pessoa(s) a quem se destina(m) o subsídio)

A candidata a adotante

Nome completo

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

N.º de Identificação Fiscal

Telefone E-mail

O candidato a adotante

Nome completo

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

N.º de Identificação Fiscal

Telefone E-mail

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO POR ADOÇÃO

2.1 Subsídio por Adoção Inicial / Social por Adoção Inicial

Data da confiança judicial ou administrativa ano mês dia

O(s) adotado(s) é(são) filho(s) do cônjuge ou da pessoa com quem o requerente vive em união de facto? Sim Não

A candidata a adotante é trabalhadora? Sim Não

O candidato a adotante é trabalhador? Sim Não

Houve adoções múltiplas? Sim Não Se respondeu **Sim**, indique:

■ qual o número de crianças adotadas

■ pretende gozar os 30 dias de acréscimo, por cada criança adotada além da primeira? Sim Não

(continua na pág. seguinte)

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

Os candidatos a adotantes partilham a licença por adoção 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) 180 dias (150 + 30) outro _____ dias

Indique os períodos de impedimento para o trabalho correspondentes ao subsídio e opção assinalada, incluindo a relativa ao período de acréscimo por adoções múltiplas, se for caso disso:

A candidata a adotante

de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾;
 de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾.

O candidato a adotante

de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾;
 de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾.

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

A candidata a adotante **O candidato a adotante**
 Pela totalidade do período de duração do subsídio: 120 dias 150 dias
 outro _____ dias

Indique o período de impedimento para o trabalho incluindo o relativo ao período de acréscimo por adoções múltiplas, se for caso disso: de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾.

2.2 Subsídio por Adoção / Social por Adoção em caso de impossibilidade de um adotante

O pedido é motivado por:

Incapacidade física ou psíquica do adotante
 Morte do adotante. Data do óbito _____
 ano mês dia

Indique o período de impedimento para o trabalho: de _____ a _____ n.º de dias ⁽¹⁾.

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 respetivo período.

A candidata a adotante

Nome da instituição _____
 de _____ a _____ de _____ a _____
 ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

O candidato a adotante

Nome da instituição _____
 de _____ a _____ de _____ a _____
 ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

⁽¹⁾ Indique o número de dias seguidos. Veja exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

3 ADOÇÃO POR LICENÇA ALARGADA

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

A candidata a adotante de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾.

O candidato a adotante de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾.

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

Nome completo _____

Data de nascimento _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____

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 por adoção? 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⁾;
de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾; de _____ a _____ n.º de dias ⁽²⁾.

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

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).

A candidata a adotante

O candidato a adotante

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.

A candidata a adotante

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

O candidato a adotante

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

⁽²⁾ Indique o número de dias seguidos. Veja exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

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 ao subsídio / 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