



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

1 IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
N.º de Identificação Fiscal			
Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2			
<input type="checkbox"/> Pai /Mãe / Equiparado	<input type="checkbox"/> Adotante	<input type="checkbox"/> Tutor	
<input type="checkbox"/> Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa	<input type="checkbox"/> Outro		
Telemóvel / Telefone	Fax	E-mail	

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO FILHO / EQUIPARADO

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	
É titular de Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação ou de Subsídio Mensal Vitalício?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	
Se respondeu Sim , indique o nome da instituição pagadora			
	(Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)		

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE DO REQUERENTE / EQUIPARADO

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
Exerce atividade profissional?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	
Se respondeu Sim , indique o nome da instituição pela qual está abrangido			
	(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)		
Requeriu o mesmo subsídio pelo mesmo motivo?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	
Se respondeu Sim , indique o período de impedimento para o trabalho: de	ano mês dia	a	ano mês dia
Está impossibilitado de prestar assistência?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	

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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

