



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL

REQUERIMENTO DE

- Subsídio por Situação de Elevada Incapacidade Permanente**
- Subsídio para Frequência de Ações de Reabilitação Profissional**
- Prestação Suplementar para Assistência de Terceira Pessoa**

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>	Data de nascimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			ano	mês	dia
Nome completo	<input type="text"/>				
Telemóvel/Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

2 SUBSÍDIO PARA FREQUÊNCIA DE AÇÕES DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Nome das ações frequentadas	Custo (EUR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 PRESTAÇÃO SUPLEMENTAR PARA ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA

O beneficiário tem autonomia para realizar atos indispensáveis à satisfação das suas necessidades básicas? Sim Não

A assistência é prestada por período igual ou superior a 6 horas diárias? Sim Não

Nome da(s) pessoa(s) que presta(m) assistência

Data de início da prestação de assistência

ano mês dia

Recebe ou requereu prestação com o mesmo objetivo? Sim Não

Se assinalou Sim, indique o nome da instituição

4 MODO DE PAGAMENTO

A prestação pode ser paga por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN):

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN será utilizado outro meio de pagamento.

5 CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Tomei conhecimento de que devo comunicar, ao Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais, qualquer alteração da informação prestada, **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação.

ano mês dia

(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

6 INFORMAÇÕES/DOCUMENTOS A APRESENTAR

Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária.

Subsidio por Situação de Elevada Incapacidade Permanente (Preencher quadros 1, 4 e 5)

Subsidio para Frequência de Ações de Reabilitação Profissional (Preencher quadros 1, 2, 4 e 5)

- Documento comprovativo de frequência da(s) ação(s) de reabilitação profissional e respetivo custo.

Prestação Suplementar para Assistência de Terceira Pessoa (Preencher quadros 1, 3, 4 e 5)

- Documento de identificação civil válido da(s) pessoa(s) que presta(m) assistência;
- Documento comprovativo da remuneração paga, se já dispõe de assistência de terceira pessoa;
- Parecer clínico, devidamente fundamentado e instruído, relativo à situação de dependência do beneficiário.

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