



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

DECLARAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA, DOENÇA CRÓNICA OU DOENÇA ONCOLÓGICA⁽¹⁾

1 IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE (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		Código do Serviço de Finanças	

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO FILHO/EQUIPARADO

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

3 PRORROGAÇÃO DO(S) PERÍODO(S) DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO

Para efeitos do disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 20.º e n.º 3 do artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, declaro que foi prorrogada a licença para assistência ao descendente com deficiência, doença crónica ou doença oncológica identificado no **quadro 2**, durante o seguinte período:

De ____ ano | ____ mês | ____ dia a ____ ano | ____ mês | ____ dia; de ____ ano | ____ mês | ____ dia a ____ ano | ____ mês | ____ dia; de ____ ano | ____ mês | ____ dia a ____ ano | ____ mês | ____ dia.

4 CERTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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.

____ ano | ____ mês | ____ dia
Assinatura do declarante ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

5 CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

Confirmo as declarações prestadas pelo trabalhador, relativamente à manutenção da licença para assistência ao descendente identificado no **quadro 2**.

Não confirmo

____ ano | ____ mês | ____ dia
Assinatura e carimbo

(1) Aplicação dos n.ºs 1 e 2 do artigo 20.º e n.º 3 do artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, na sua versão atualizada.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

6 PRAZO E LOCAL DE ENTREGA

Esta declaração deve ser entregue no prazo de **10 dias úteis** antes do fim da anterior licença, no competente serviço de Segurança Social.

- nos serviços de atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio;
- 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

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do: **declarante ou** **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro _____

Número _____ Validade _____ ano _____ mês _____ dia _____
Assinatura e carimbo da Segurança Social