



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO

PRESTAÇÃO SOCIAL PARA A INCLUSÃO

Componente Base Complemento⁽¹⁾

Conversão do Subsídio Mensal Vitalício na Componente Base

Importante:

As **falsas declarações** sobre as condições de atribuição e de manutenção da Prestação Social para a Inclusão **determinam a inibição** no acesso ao direito à prestação, durante um **período de 24 meses**.

Antes de preencher leia com atenção as Informações

1. ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

1.1 Identificação

Nome completo

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

N.º de Identificação Fiscal

Morada

Localidade

Código postal -

Telemóvel / Telefone Fax E-mail

Passa ao **quadro**:

- **2 e seguintes** se requereu ou se foi atribuída a Componente Base, **ou**
- **1.3 e seguintes**, se recebe a Componente Base na sequência da conversão do Subsídio Mensal Vitalício, da Pensão Social de Invalidez ou da Pensão Social de Invalidez dos Regimes Transitórios dos Trabalhadores Agrícolas.

1.2 Outros elementos

Indique se requereu ou recebe de entidades que não estão abrangidas pela Segurança Social uma das prestações a seguir indicadas:

Bonificação por Deficiência ⁽¹⁾ Sim Não **Subsídio Mensal Vitalício** Sim Não
Pensão de Invalidez Sim Não

Se assinalou **Sim**, indique:

Nome completo da entidade

N.º de Identificação Fiscal

Morada

Localidade

Código postal -

E-mail

(1) A partir de 1 de outubro de 2019, a Bonificação por Deficiência só é atribuída às crianças com idade até aos 10 anos.

Se requerer, apenas, a Conversão do Subsídio Mensal Vitalício na Componente Base, passe ao **Quadro 2 e seguintes**

(1) Apenas pode ser requerido por pessoa com idade igual ou superior a 18 anos.

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 site em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

1. ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO (continuação)

1.3 Grau de incapacidade

Tem Atestado Médico de Incapacidade ⁽¹⁾? Sim Não

Se respondeu **Sim**, indique:

- O grau de incapacidade _____%, a data da certificação da incapacidade / / , e se o grau de incapacidade não foi considerado definitivo, indique o ano previsto para a reavaliação / ano

- Se apresentou recurso do grau de incapacidade atribuído, indique a data do pedido / /

Se respondeu **Não**, indique: A data do pedido de certificação da incapacidade / /

(1) Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, **ou** Declaração de Incapacidade emitida pelas autoridades de saúde, **ou** cartão de Identificação de Deficiente das Forças Armadas.

2. ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE (A preencher se o requerimento não for apresentado pelo beneficiário)

2.1 Identificação

Nome completo

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

N.º de Identificação Fiscal

Morada

Localidade

Código postal -

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

2.2 Outros elementos

Assinale com X a situação do requerente, relativamente ao beneficiário

- Mãe / Pai Representante legal Procurador Pessoa que preste ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário
- Acompanhante no âmbito do regime de maior acompanhado
- Outro (indique quem) _____

6. AUTORIZAÇÃO E CERTIFICAÇÃO (continuação)

6.2 BENEFICIÁRIO/REQUERENTE (no caso do beneficiário ter idade igual ou superior a 18 anos)

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Comprometo-me a entregar os documentos de prova necessários à instrução deste requerimento.

Autorizo o acesso à informação relativa ao **Atestado Médico de Incapacidade Multiuso** disponível nos Ministérios da Saúde e das Finanças.

Comprometo-me a entregar, quando necessário, informação sobre a composição do agregado familiar, rendimentos e património mobiliário.

Comprometo-me a entregar à Segurança Social a Declaração do pagamento da indemnização a que tiver direito, referida no **quadro 3**.

Declaro que estou informado que se estiver a receber **Bonificação por Deficiência** ou **Complemento Solidário para Idosos** ou **Subsídio Mensal Vitalício** ou **Pensão Social de Invalidez do Regime Especial de Proteção na Invalidez** ou **Pensão Social de Velhice, esta prestação cessa** ao ser atribuída a Prestação Social para a Inclusão.

Assinale com um se autoriza o arquivamento do requerimento:

Autorizo o arquivamento do requerimento da Prestação Social para a Inclusão se o valor, a que tiver direito, for inferior ao valor que recebo da(s) seguinte(s) prestação(ões): Bonificação por Deficiência / Pensão Social de Velhice / Pensão Social de Invalidez do Regime Especial de Proteção na Invalidez / Complemento Solidário para Idosos.

ano mês dia

Assinatura do beneficiário ou requerente conforme documento de identificação válido

7. DOCUMENTOS A APRESENTAR

7.1 Para pessoas com deficiência de idade inferior a 18 anos

Documento de identificação válido, designadamente, Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Boletim de Nascimento, Passaporte do beneficiário e do requerente.

Documento de Identificação Fiscal do beneficiário e do requerente.

Atestado Médico de Incapacidade Multiuso.

Documento comprovativo de que apresentou recurso da decisão da Junta Médica, se for o caso.

Documento comprovativo de residência em Portugal do beneficiário.

Certificado de registo de cidadãos comunitários emitido pela Câmara Municipal da área da residência da criança/jovem, no caso de cidadão estrangeiro pertencente a um dos Estados referidos em⁽¹⁾, **ou** Visto de estada temporária, visto de residência, autorização de residência temporária e autorização de residência permanente, no caso de cidadão estrangeiro não pertencente a nenhum dos Estados referidos em⁽¹⁾, desde que se encontre em território nacional e nele tenha permanecido com qualquer destes títulos pelo menos durante um ano, **ou** Documento comprovativo do estatuto de refugiado.

Documento comprovativo de que o requerente é representante legal da criança/jovem **ou** documento comprovativo do exercício das responsabilidades parentais.

Certidão de nascimento atualizada no caso de beneficiário emancipado.

Declaração, Mod. PSI 19-DGSS, se o requerente não tiver conhecimento dos elementos relativos à entidade pagadora da Bonificação por Deficiência assinalada no ponto 1.2 do **Quadro 1**.

Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, se indicou que o pagamento deve ser efetuado por transferência.

Declaração - Composição do Agregado Familiar, Mod. PSI 37-DGSS.

Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de não estar inscrito na Segurança Social e junte os meios de prova nele solicitados.

(1) União Europeia, Estado que faça parte do Espaço Económico Europeu ou Estado terceiro que tenha celebrado um acordo de livre circulação de pessoas União Europeia.

Nota: Deve ter em atenção que os serviços da Segurança Social podem solicitar a apresentação de outros documentos.

7. DOCUMENTOS A APRESENTAR

7.2 Para pessoas com deficiência de idade igual ou superior a 18 anos

Os documentos assinalados com **X** devem ser do beneficiário e/ou do requerente (no caso do requerente não ser o beneficiário), de acordo com as situações descritas.

Tipo de documento	Documentos relativos às seguintes pessoas						Requerente
	Beneficiário					Requerente	
	Recebe		Requer				
	CB e requer Compl.	CB por conversão do SMV/PSINV. e requer Compl.	CB	CB e Compl.	Conversão do SMV		
Documento de identificação válido, designadamente, Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Boletim de Nascimento, Passaporte			X	X	X	X	X
Documento de Identificação Fiscal			X	X	X	X	X
Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, ou, na sua falta, comprovativo de que pediu a Certificação da Incapacidade, ou Declaração de Incapacidade emitida pelas autoridades de saúde desde que seja anterior a 4 de dezembro de 2009, ou Cartão de Identificação de deficiente das Forças Armadas aprovado pela Portaria n.º 816/85, de 28 de outubro, se tiver sido obtido antes de 1 de outubro de 2017		X	X	X		X	
Documento comprovativo de que apresentou recurso da decisão da Junta Médica, se for o caso		X	X	X		X	
Documento comprovativo de residência em Portugal		X	X	X		X	
Certificado de registo de cidadãos comunitários emitido pela Câmara Municipal da área da residência do beneficiário, no caso de cidadão estrangeiro pertencente a um dos Estados referidos em ⁽¹⁾ , ou Visto de estada temporária, visto de residência, autorização de residência temporária e autorização de residência permanente, no caso de cidadão estrangeiro não pertencente a nenhum dos Estados referidos em ⁽¹⁾ , desde que se encontre em território nacional e nele tenha permanecido com qualquer destes títulos pelo menos durante um ano, ou Documento comprovativo do estatuto de refugiado		X	X	X			
Documento comprovativo de que o requerente é representante legal do beneficiário, ou Documento comprovativo de que a pessoa que presta ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário, interpôs ação de acompanhamento de maior relativamente ao beneficiário, ou Procuração com poderes especiais, reconhecida pelo notário, advogado ou solicitador para receber a Prestação Social para a Inclusão							X
Declaração, Mod. PSI 19-DGSS, se o beneficiário não tiver conhecimento dos elementos relativos à entidade pagadora da prestação assinalada no ponto 1.2 do Quadro 1 e se assinalou Bonificação por Deficiência, Subsídio Mensal Vitalício ou Pensão de Invalidez			X	X	X	X	
Declaração, Mod PSI1/1-DGSS	X	X	X ⁽²⁾	X		X	
Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, se indicou que o pagamento deve ser efetuado por transferência	X ⁽³⁾	X ⁽³⁾	X	X	X	X	X
Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de não estar inscrito na Segurança Social.			X	X	X	X	X

Legenda: **CB** = Componente Base, **Compl.** = Complemento, **SMV** = Subsídio Mensal Vitalício,

PSINV. = Pensão Social de Invalidez ou Pensão Social de Invalidez dos Regimes Transitórios dos Trabalhadores Agrícolas

(1) União Europeia, Estado que faça parte do Espaço Económico Europeu ou Estado terceiro que tenha celebrado um acordo de livre circulação de pessoas União Europeia.

(2) Não apresentar a Declaração, Mod PSI1/1-DGSS se requereu, apenas, a Componente Base e o grau de Incapacidade for igual ou superior a 80%.

(3) Não apresentar se requerer, apenas, o Complemento e se a conta bancária for a mesma que foi indicada para a Componente Base.

Nota: Deve ter em atenção que os serviços da Segurança Social podem solicitar a apresentação de outros documentos.

8. INFORMAÇÕES

A **Prestação Social para a Inclusão** é constituída por três componentes: a Componente Base, o Complemento e a Majoração.

A **Componente Base** destina-se a compensar os encargos gerais, resultantes da deficiência, com vista a promover a autonomia e inclusão social de pessoa com deficiência.

O **Complemento** destina-se a apoiar a pessoa com deficiência, que se encontre em situação de falta ou insuficiência de recursos económicos.

A **Majoração** destina-se a compensar os encargos específicos, resultantes da deficiência e entrará em vigor em fase posterior.

As pessoas com idade inferior a 18 anos só têm direito à Componente Base

Quem pode requerer a Prestação Social para a Inclusão

- Parentes e afins maiores, em linha reta ascendente e em linha colateral, até ao 3.º grau (por exemplo: bisavós, avós, pais, irmãos, filhos, enteados, padrastos, madrastras, sobrinhos, tios), inseridas no agregado familiar do beneficiário, com responsabilidades parentais
- Adotantes, tutores e pessoas a quem o beneficiário esteja confiado por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito
- O beneficiário com idade igual ou superior a 16 anos se estiver emancipado
- O beneficiário, se tiver idade igual ou superior a 18 anos
- O representante legal do beneficiário
- A pessoa que preste ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário, sempre que este se encontre a aguardar nomeação de acompanhante no âmbito do regime de maior acompanhado
- O Procurador, se o beneficiário tiver idade igual ou superior a 18 anos

A quem pode ser paga a Prestação Social para a Inclusão

- Beneficiário, se tiver idade igual ou superior a 16 anos, se estiver emancipado
- Beneficiário, se tiver idade igual ou superior a 18 anos
- Acompanhante no âmbito do regime do maior acompanhado ou representante legal do beneficiário
- Pessoa que preste ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário se comprovar que interpôs ação de acompanhante de maior relativamente ao beneficiário
- Pessoa a quem o menor se encontre confiado administrativa ou judicialmente

9. LOCAL DE ENTREGA

O requerimento deve ser preferencialmente apresentado *online*, através da **Segurança Social Direta (SSD)** em www.seg-social.pt. Esta opção tem a vantagem do requerimento ser tratado mais rapidamente, pelo que, **no seu próprio interesse, deve utilizar este meio**. Caso ainda não tenha a senha de acesso à SSD, aceda ao sítio da Internet indicado para saber como deve fazer o registo.

Se optar pela entrega em suporte papel, o requerimento pode ser preenchido informaticamente e entregue ou enviado pelo correio para um Serviço da Segurança Social. Para este efeito utilize o ficheiro que se encontra disponível em www.seg-social.pt, na opção Formulários.

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

Confirmo que a assinatura do **requerente ou** **beneficiário / requerente** 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