



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

COMPOSIÇÃO E RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR SUBSÍDIO DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

A utilizar, apenas, se requerer o subsídio na Segurança Social Direta
ou a pedido dos Serviços da Segurança Social

1 IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

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

2 HABITAÇÃO SOCIAL DO CUIDADOR

Reside numa casa de habitação social? Sim Não

3 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO CUIDADOR ⁽¹⁾ (Se for constituído por mais do que 4 elementos preencha a Folha de Continuação)

N.º de ordem	Nome completo	N.º de Identificação de Seg. Social ⁽²⁾	Relação Familiar/ Outra ⁽³⁾	Motivo da ausência ⁽⁴⁾	Data da ausência ⁽⁴⁾			Designação do país estrangeiro ⁽⁴⁾
					ano	mês	dia	
1	Cuidador							
2								
3								
4								

(1) Considera-se que fazem parte do agregado familiar a(s) pessoa(s) que viva(m) em economia comum.

(2) Caso não possua, preencha o Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS e junte os meios de prova nele solicitados.

(3) Cônjuge, pessoa que vive em união de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou colateral (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos) ou relações de afinidade (Ex: noras, genros, cunhados ou enteados).

(4) A preencher se o elemento do agregado familiar estiver ausente do território nacional por motivo de doença, trabalho, estudo ou formação profissional.

4 RENDIMENTOS DO CUIDADOR E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS EM PORTUGAL

4.1 Rendimentos de trabalho dependente não declarados à Segurança Social ⁽¹⁾ (Preencher a coluna de acordo com o sistema de proteção social pelo qual está abrangido)

N.º de ordem do agregado familiar ⁽²⁾	Caixa Geral de Aposentações	Outro sistema de proteção social
1		
2		
3		
4		

(1) Indicar valores mensais líquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação do Requerimento**. (Ex.: se declarou em outubro deve considerar os rendimentos de agosto).

(2) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 3**.

(continua na pág. seguinte)

4.2 Pensões não pagas pela Segurança Social ^{(1) (2)}

N.º de ordem do agregado familiar ⁽³⁾	Pensão/Aposentação de Velhice	Pensão/Aposentação de Invalidez	Pensão de Sobrevivência ⁽⁴⁾	Pensão por Doença Profissional	Pensão por Acidente de trabalho	Pensão de Alimentos	NIF da entidade pagadora
1							
2							
3							
4							

(1) Incluir pensões da Caixa Geral de Aposentações, empresas, sindicatos, Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, fundos de pensões, instituições bancárias, companhias de seguros, entre outras.

(2) Indicar valores mensais ilíquidos referentes ao **mês anterior ao da data de apresentação do Requerimento. Não incluir** os montantes correspondentes a retroativos relativos a meses anteriores.

(3) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 3**.

(4) Incluir pensões de sobrevivência, viuvez, orfandade e outras de idêntica natureza e rendas temporárias ou vitalícias, pensões a cargo de companhias de seguros ou fundo de pensões.

4.3 Prestações/Subsídios não pagos pela Segurança Social ^{(1) (2)}

N.º de ordem do agregado familiar ⁽³⁾	Parentalidade	Doença	Desemprego	Valor dos Apoios à Habitação ⁽⁴⁾	Outra	NIF da entidade pagadora
1						
2						
3						
4						

(1) Incluir prestações da Caixa Geral de Aposentações, empresas, sindicatos, Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, fundos de pensões, instituições bancárias, companhias de seguros, entre outras.

(2) Indicar valores mensais ilíquidos referentes ao **mês anterior ao da data de apresentação do Requerimento. Não incluir** prestações por encargos familiares e prestações no domínio da deficiência e da dependência (ex: Abono de Família Pré-Natal, Abono de Família para Crianças e Jovens, Bolsa de Estudo, Bonificação por Deficiência, Subsídio de Educação Especial, Subsídio Mensal Vitalício e Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa).

(3) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 3**.

(4) Incluir Subsídios de Renda de Casa, Residência ou outros Apoios Públicos à Habitação.

5 PRESTAÇÕES POR DEPENDÊNCIA DA(S) PESSOA(S) CUIDADA(S), NÃO PAGAS PELA SEGURANÇA SOCIAL ⁽¹⁾

N.º de Identificação de Segurança Social	Identificação da prestação	Valor	NIF da entidade pagadora

(1) Esta informação é necessária para calcular o valor do subsídio.

6 RENDIMENTOS DO CUIDADOR E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS NO ESTRANGEIRO

N.º de ordem do agregado familiar ⁽¹⁾	Valor dos rendimentos de trabalho		
	Dependente ⁽²⁾	Independente ⁽³⁾	
		Vendas	Serviços
1			
2			
3			
4			

N.º de ordem do agregado familiar ⁽¹⁾	Pensões ⁽⁵⁾	Prestações Sociais ⁽⁵⁾	Rendimentos de Capitais ⁽⁴⁾	Rendimentos Prediais ⁽³⁾	Outros Rendimentos ⁽⁵⁾
1					
2					
3					
4					

(1) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 3**.

(2) Indicar valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação do Requerimento** (ex.: se declarou em outubro deve considerar os rendimentos de agosto).

(3) Indicar o valor a 31 de dezembro do **ano anterior ao da data de apresentação do Requerimento**.

(4) Rendimentos abrangidos pelo artigo 58.º do EBF - parte não isenta.

(5) Incluir valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação do Requerimento. Não incluir** os montantes correspondentes a retroativos relativos a meses anteriores.

7

VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO CUIDADOR E DO AGREGADO FAMILIAR A 31 DE DEZEMBRO DO ANO ANTERIOR AO DA DATA DA APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO

N.º de ordem do agregado familiar ⁽¹⁾	Valor dos depósitos em contas bancárias	Valor das ações	Valor das obrigações	Valor dos certificados de aforro	Valor de títulos e unidades de participação em instituições de investimento coletivo	Valor de outros ativos financeiros
1						
2						
3						
4						

(1) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 3**.

8

AUTORIZAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DO CUIDADOR (Preencher, apenas quando esta declaração for pedida pelo Serviço da Segurança Social)

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Comprometo-me a apresentar os documentos que forem considerados necessários à atribuição e/ou manutenção da prestação requerida.

Comprometo-me a, em qualquer momento e quando solicitada, visando a comprovação das declarações relativas ao valor do património mobiliário, nos termos do disposto no artigo 14.º, n.º 1 do Decreto-Lei nº 70/2010, de 16 de junho, na sua redação atual, entregar declaração de autorização aos serviços competentes da Segurança Social, para solicitarem ao Banco de Portugal a indicação das entidades bancárias ou financeiras onde tenho conta e a obter das respetivas entidades toda a informação patrimonial relevantes, relativa a saldos de contas à ordem, a prazo ou de outros valores mobiliários de que seja titular ou cotitular ou apresentar, em alternativa, os documentos bancários relevantes, que vierem a ser exigidos pela Segurança Social. Este compromisso é, igualmente, válido para as declarações que sejam necessárias apresentar pelos restantes membros do meu agregado familiar.

Tenho conhecimento que a falta da entrega da mencionada declaração de autorização ou da apresentação dos documentos bancários relevantes, quando exigida e no prazo concedido para esse efeito, constitui causa de suspensão do procedimento de atribuição do subsídio e da perda do seu direito até à entrega da declaração de autorização exigida, de acordo com o disposto no artigo 14.º, n.º 2 do Decreto-Lei nº 70/2010, de 16 de junho na sua redação atual.

Declaro que estou informado que os serviços competentes da Segurança Social podem aceder, ao abrigo do disposto do Decreto-Lei nº 92/2004, de 20 de abril, à informação fiscal relevante, para efeitos de confirmação dos rendimentos aqui declarados.

Autorizo os serviços competentes da Segurança Social a obterem, diretamente, das restantes entidades detentoras da informação relevante para a verificação da condição de recursos, todas as informações que sejam consideradas necessárias à comprovação das declarações de rendimentos aqui prestadas.

Todas as informações e autorizações por mim manifestadas na presente declaração, de forma livre, específica e inequívoca, são feitas no âmbito e para os efeitos decorrentes do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, na sua redação atual, que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos, a ter em conta na atribuição e manutenção da prestação da Segurança Social. Os efeitos das autorizações cessam com o terminus da atribuição da prestação, não podendo ser revogadas sem o consentimento expresso dos serviços competentes da Segurança Social, sob pena da suspensão do procedimento da atribuição ou do pagamento da prestação em curso, com a consequente perda do direito a esta e outras prestações sociais.

ano mês dia

Assinatura do Cuidador ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o Cuidador não pôde ou não sabe assinar), conforme documento de identificação válido

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

O referido Instituto compromete-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: **cuidador** ou da **outra pessoa que assinou** 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