



SEGURANÇA SOCIAL

## REQUERIMENTO Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal

Folha de Continuação do Mod. CI 2-DGSS

### 1 IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Nome completo	
N.º de Identificação de Segurança Social	

### 2 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO CUIDADOR <sup>(1)</sup>

N.º de ordem	Nome completo	N.º de Identificação de Seg. Social <sup>(2)</sup>	Relação Familiar/ Outra <sup>(3)</sup>	Motivo da ausência <sup>(4)</sup>	Data da ausência <sup>(4)</sup> ano mês dia	Designação do país estrangeiro <sup>(4)</sup>
5						
6						

**(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, trinotos, 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.

### 3 RENDIMENTOS DO CUIDADOR E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS EM PORTUGAL

**3.1 Rendimentos de trabalho dependente não declarados à Segurança Social <sup>(1)</sup>** (Preencher a coluna de acordo com o sistema de proteção social pelo qual está abrangido)

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Caixa Geral de Aposentações	Outro sistema de proteção social
5		
6		

**(1)** 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).

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

### 3.2 Pensões não pagas pela Segurança Social <sup>(1) (2)</sup>

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Pensão/Aposentação de Velhice	Pensão/Aposentação de Invalidez	Pensão de Sobrevivência <sup>(4)</sup>	Pensão por Doença Profissional	Pensão por Acidente de trabalho	Pensão de Alimentos	NIF da entidade pagadora
5							
6							

**(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 nem o duodécimo do Subsídio de Férias e do Subsídio de Natal.

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

**(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.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

3.3 Prestações/Subsídios não pagos pela Segurança Social <sup>(1) (2)</sup>						
N.º de ordem do agregado familiar <sup>(3)</sup>	Parentalidade	Doença	Desemprego	Valor dos Apoios à Habitação <sup>(4)</sup>	Outra	NIF da entidade pagadora
5						
6						

**(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 2**.

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

#### 4 PRESTAÇÕES POR DEPENDÊNCIA DA(S) PESSOA(S) CUIDADA(S), NÃO PAGAS PELA SEGURANÇA SOCIAL <sup>(1)</sup>

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.

#### 5 RENDIMENTOS DO CUIDADOR E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS NO ESTRANGEIRO

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(1)</sup>	Valor dos rendimentos de trabalho				
	Dependente <sup>(2)</sup>	Independente <sup>(3)</sup>			
		Vendas	Serviços		
5					
6					

  

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(1)</sup>	Pensões <sup>(5)</sup>	Prestações Sociais <sup>(5)</sup>	Rendimentos de Capitais <sup>(4)</sup>	Rendimentos Prediais <sup>(3)</sup>	Outros Rendimentos <sup>(5)</sup>
5					
6					

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

**(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.

#### 6 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 <sup>(1)</sup>	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
5						
6						

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

#### 7 CERTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

\_\_\_\_\_  
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

