

 Antes de preencher leia a informação do quadro 4.

Identificação da(s) pessoa(s) a quem se destina o subsídio ⁽¹⁾

1.1. Mãe

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

1.2. Pai

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

⁽¹⁾ No caso do subsídio ser requerido pelos representantes legais da(s) pessoa(s) a quem se destina(m) o(s) subsídio(s), preencha a Folha de Continuação deste requerimento, RP 5092/1.

Elementos relativos ao Subsídio Específico por Internamento Hospitalar do Recém-Nascido

Data do parto

ano mês dia

Data da alta hospitalar

ano mês dia

O parto ocorreu até às 33 semanas?

Sim ⁽¹⁾ Não

Indique os períodos (dias seguidos) de impedimento para o trabalho (a preencher por quem gozar o acréscimo da licença ou por ambos se houver partilha):

Mãe

de -- a -- = N.º de dias

de -- a -- = N.º de dias

de -- a -- = N.º de dias

de -- a -- = N.º de dias

Pai

de -- a -- = N.º de dias

de -- a -- = N.º de dias

de -- a -- = N.º de dias

de -- a -- = N.º de dias

⁽¹⁾ Se respondeu sim, a licença parental inicial pode ser acrescida de todo o período de internamento e mais 30 dias de acréscimo.

3

Declarações

- ▶ A informação que prestei é completa e verdadeira;
- ▶ Tenho conhecimento 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;
- ▶ As falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

____ - ____ - ____
ano mês dia

Data

____ - ____ - ____
ano mês dia

Assinatura da mãe ou representante legal

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

Assinatura do pai ou representante legal

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

4

Informações

Consulte a Folha Anexa a este requerimento, [RP 5092/2](#), para obter informações relativas ao subsídio/instruções de preenchimento.

Documentos a apresentar

- ▶ Formulário de Identificação, [RV 1017](#), no caso da pessoa a quem se destina o subsídio não ter N.º de Identificação de Segurança Social;
- ▶ Folha de Continuação, [RP 5092/1](#), no caso de o requerente ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio;
- ▶ Declaração hospitalar que comprove o período de internamento da criança.

Prazo e local de entrega

O requerimento deve ser apresentado, no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da proteção:

- ▶ nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio;
- ▶ na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt, através do preenchimento do requerimento online.

Notas

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- ▶ pela Internet, na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt
- ▶ nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – [MG14](#). O formulário encontra-se disponível em www.seg-social.pt

Todas as referências neste formulário feitas à “mãe” e ao “pai” consideram-se efetuadas aos titulares do direito de parentalidade, salvo as que resultem da condição biológica daqueles.

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços 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, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os 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 da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a(s) assinatura(s) do(s)/a(s) **Requerente(s)** **Pessoa(s) que assinou (assinaram) a rogo** está (estão) em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Mãe ou representante legal

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número

Validade

 - -
ano mês dia

Assinatura e carimbo

Pai ou representante legal

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número

Validade

 - -
ano mês dia

Assinatura e carimbo