



- !**
- ▶ A apresentação deste requerimento é dispensada se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.
 - ▶ Antes de preencher leia a informação do [quadro 6](#).

Dados do requerente (pessoa que presta assistência)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Indique a situação do requerente relativamente à pessoa identificada no [quadro 2](#).

- Pai/Mãe/Equiparado Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa
- Tutor Outro

Dados do filho/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

É titular de prestações por deficiência?

- Sim Não

Ex: Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação, Subsídio Mensal Vitalício, Prestação Social para a Inclusão ou outra

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pagadora

Ex: Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações, organismo estrangeiro ou outro

Preencher no caso de assistência a filho maior de 18 anos:

Está integrado no agregado familiar do requerente? Sim Não

Dados do cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Exerce atividade profissional?

- Sim Não

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pela qual está abrangido

Ex: Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro

Pedi o mesmo subsídio pelo mesmo motivo?

- Sim Não

Se respondeu **sim**, indique o período de impedimento para o trabalho

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Está impossibilitado de prestar assistência? Sim Não

4

Períodos de impedimento para o trabalho do requerente e outros elementos

Indique os períodos de impedimento para o trabalho

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

No caso de estar ou **ter estado abrangido por outro regime de proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique:

Nome da Instituição

Períodos

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

5

Declarações

Tenho conhecimento que devo comunicar ao serviço da Segurança Social qualquer facto que determine o fim (cessação) do subsídio, **no prazo de 5 dias úteis** a partir da data da sua verificação.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

[ano] - [mês] - [dia]

Assinatura

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.

6

Informações

Documento a apresentar

- ▶ Para todas as situações:
 - ▷ Declaração médica que indique a necessidade de prestar assistência inadiável e imprescindível ao filho;
 - ▷ [Formulário de Inscrição/Enquadramento de Trabalhador por Conta de Outrem - RV 1009](#), no caso do requerente não estar identificado na Segurança Social;
 - ▷ [Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania - RV 1017](#) e os documentos comprovativos solicitados, no caso de não estar inscrito na Segurança Social;
 - ▷ Documento comprovativo da impossibilidade de prestar assistência, caso tenha indicado **“sim”** no [quadro 3](#).
- ▶ No caso de filho com deficiência:
 - ▷ Declaração médica comprovativa da situação de deficiência.
Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e estar a ser atribuída uma prestação por deficiência.
- ▶ No caso de filho com doença crónica:
 - ▷ Declaração médica comprovativa da doença crónica.
Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e já tiver sido apresentada anteriormente a respetiva declaração.

6

Informações (continuação)

Prazo e local de entrega

O requerimento deve ser apresentado, **no prazo de 6 meses a contar do 1.º dia de impedimento para o trabalho:**

- ▶ preferencialmente, na Segurança Social Direta, em www.seg-social.pt, uma vez que permite uma maior rapidez na análise e decisão do mesmo;
- ▶ nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio.

Conta bancária

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 – MG 14](#). O formulário encontra-se disponível em www.seg-social.pt

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

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, IP-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 assinatura do/a **Requerente** **Pessoa que assinou a rogo** 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