



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO ⁽¹⁾

Antes de preencher leia com atenção as INFORMAÇÕES

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)

Nome completo _____

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

N.º de Identificação Fiscal _____

Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no **quadro 2**

Pai / Mãe / Equiparado Tutor

Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa Outro _____

Telemóvel / Telefone _____ E-mail _____

2 ELEMENTOS DO FILHO / EQUIPARADO

Nome completo _____

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

É titular de prestações por deficiência (Ex: Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação, Subsídio Mensal Vitalício, Prestação Social para a Inclusão ou outra)? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora _____
(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

3 ELEMENTOS DO CÔNJUGE DO REQUERENTE / EQUIPARADO

Nome completo _____

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

Exerce atividade profissional? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pela qual está abrangido _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)

Requeriu 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

de _____ a _____; de _____ a _____; de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia 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 o nome da instituição e do respetivo período:

de _____ a _____; de _____ a _____; de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

⁽¹⁾ O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.

5 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

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

_____|_____|_____
ano mês dia

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

6 INFORMAÇÕES

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 – MG14. 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.

Documentos a apresentar

Para todos

- Declaração médica que indique a necessidade de prestar assistência inadiável e imprescindível ao filho;
- Formulário 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, no caso de não estar inscrito na Segurança Social e junte os meios de prova nele solicitados.
- 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⁽¹⁾.

No caso de filho com doença crónica

Declaração médica comprovativa da doença crónica⁽²⁾.

(1) 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.

(2) 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.

Local de entrega

O requerimento deve ser preferencialmente apresentado, através da Segurança Social Direta (SSD) em www.seg-social.pt, uma vez que permite uma maior rapidez na análise e decisão do mesmo.

Se optar pela entrega em suporte de papel, o requerimento pode ser preenchido informaticamente e entregue ou enviado pelo correio para um serviço da Segurança Social. Para esse efeito utilize o formulário que se encontra disponível em www.seg-social.pt/formularios

Prazo de entrega

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

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

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

Confirmo que a assinatura do **requerente** 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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei