



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.

