



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA, DOENÇA CRÓNICA OU DOENÇA ONCOLÓGICA

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

1 IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)

Nome completo

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

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 Fax E-mail

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO FILHO / EQUIPARADO

Nome completo

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

Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente? Sim Não

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)

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE DO REQUERENTE / EQUIPARADO

Nome completo

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

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 ano mês dia a ano mês dia

Está impossibilitado de prestar assistência? Sim Não

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes 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) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos 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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

4 PERÍODOS DE IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO DO REQUERENTE E OUTROS ELEMENTOS

De ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____.

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 ____/____/____.

5 MODO DE PAGAMENTO

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária. Para o efeito, deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN), o qual será registado ou alterado no sistema de informação da Segurança Social.

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN, serão utilizados os dados da modalidade de pagamento que consta registada no sistema de informação da Segurança Social.

6 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Tomei 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.

____/____/____

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

- Formulário Mod. GIT 81-DGSS - Declaração médica que comprove a comprovativa da necessidade de assistência por deficiência⁽¹⁾ / doença crónica⁽²⁾ / doença oncológica⁽²⁾;
- Formulário Mod. RV 1009-DGSS, no caso do requerente não estar identificado na Segurança Social.
- Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de não estar inscrito na Segurança Social e junte os meios de prova nele solicitados.
- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária.

(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.

8 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

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

- nos serviços de atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio;
- através do preenchimento do requerimento online, no **portal da Segurança Social em www.seg-social.pt., através da Segurança Social Direta (SSD)**, se a entidade competente para o tratamento do requerimento for o Instituto da Segurança Social, I.P. ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.

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

Confirmando que a assinatura do: **requerente** ou **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro _____

Número _____ Validade ____/____/____

Assinatura e carimbo da Segurança Social