

PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE
REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A NETO

Nascimento **Doença ou Acidente ⁽¹⁾**

Antes de preencher leia a informação dos quadros 9 e 10

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
N.º de Identificação Fiscal	<input type="text"/>		
Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2			
<input type="checkbox"/> Avó / Equiparado	<input type="checkbox"/> Avó / Equiparada		
Telemóvel / Telefone	E-mail		

2 IDENTIFICAÇÃO DO NETO / EQUIPARADO

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO POR NASCIMENTO DE NETO / EQUIPARADO

Nome do menor de 16 anos	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
O neto, filho de menor de 16 anos, vive em comunhão de mesa e de habitação com o requerente do subsídio? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
A assistência a neto é partilhada pelos avós? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Se respondeu Sim, indique no quadro 5 o período de impedimento para o trabalho do outro avô.			
Se respondeu Não, indique, relativamente ao outro avô:			
Exerce atividade profissional? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Está impossibilitado de prestar assistência? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Requeriu o subsídio pelo mesmo motivo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			

(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.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

4 ELEMENTOS RELATIVOS AO SUBSÍDIO POR DOENÇA OU ACIDENTE DE NETO / EQUIPARADO

A necessidade de assistência ao neto motivou a falta ao trabalho de outro avô? Sim Não

Se respondeu Sim, indique, **relativamente ao outro avô**:

Nome completo _____

N.º de Identificação de Segurança Social _____

Nome da Instituição pela qual está abrangido: _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)

Indique, relativamente aos progenitores:

Exercem atividade profissional? Sim Não

Estão impossibilitados de prestar assistência? Sim Não

Requereram o subsídio pelo mesmo motivo? Sim Não

Identificação do progenitor impedido de prestar assistência

Nome completo _____

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

5 ELEMENTOS RELATIVOS AO 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)

Período de impedimento para o trabalho de _____ a _____ ; de _____ a _____ .
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

6 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

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

7 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

Tomei conhecimento de 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.

_____|_____|_____|
ano mês dia

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

8 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

- 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.

Em caso de nascimento

Declaração do médico do estabelecimento ou serviço de saúde comprovativa do parto ou apresentação de documento de identificação civil do neto.

Em caso de doença ou acidente

Declaração médica que indique o período de impedimento para o trabalho necessário para garantir a assistência inadiável e imprescindível ao neto.

9 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, em suporte papel;
- 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.

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

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

Confirmo 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 _____ ano _____ mês _____ dia _____

Assinatura e carimbo da Segurança Social