



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Antes de preencher leia com atenção as Informações e Instruções de Preenchimento, Mod RP 5020/2-DGSS

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE ⁽¹⁾

Nome completo _____

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

N.º de Identificação Fiscal _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

Relação do requerente com a criança / jovem _____

(1) O jovem, a pessoa que exerce a responsabilidade parental ou outra pessoa que tenha a criança / jovem a cargo e seja responsável pela sua educação.

2 ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA / JOVEM COM DEFICIÊNCIA

2.1 Identificação da criança / jovem

Nome completo _____

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

2.2 Tipo de apoio

Apoio individual por técnico especializado Frequência de Creche ou jardim de infância

Estabelecimento particular ou cooperativo de ensino regular ⁽²⁾

Frequência de estabelecimento de educação especial ⁽³⁾, na modalidade de: Internato Externato Semi-internato

2.3 Identificação do acompanhamento da criança/jovem pela Equipa Local de Intervenção(ELI)/Estabelecimento de ensino

A criança com idade compreendida entre os 0 e 6 anos está a ter acompanhamento no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce?
 Sim Não Se respondeu **Sim**, indique qual a ELI _____

Se a criança / jovem está matriculado em estabelecimento de ensino indique:
Agrupamento de Escolas _____
Nome do estabelecimento de ensino _____
Morada do estabelecimento de ensino _____

(2) Utilizar no caso de a criança/jovem ter frequentado o ensino especial e não ter transitado para estabelecimento público de ensino.
(3) Só são considerados os estabelecimentos de ensino especial reconhecidos pelo Ministério da Educação.

3 ELEMENTOS REFERENTES AO TÉCNICO QUE PRESTA O APOIO INDIVIDUAL ESPECIALIZADO

Nome completo do técnico _____

N.º de cédula profissional _____ N.º de Identificação Fiscal _____
(quando aplicável)

Nome da Entidade _____ NIF _____

Nome completo do técnico _____

N.º de cédula profissional _____ N.º de Identificação Fiscal _____
(quando aplicável)

Nome da Entidade _____ NIF _____

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

4 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR ⁽⁴⁾ (Se tiver mais de 6 elementos preencha a folha de continuação)

N.º de ordem	Nome completo	N.º de Identificação de Seg. Social ⁽⁵⁾	N.º de Identificação Fiscal	Data de nascimento			Relação familiar ⁽⁶⁾
				ano	mês	dia	
1	Requerente						
2							
3							
4							
5							
6							

Indique o número de crianças/jovens com deficiência no seu agregado familiar para as quais requereu este subsídio neste ano letivo

(4) Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

(5) Caso desconheça, preencha o Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS e junte os meios de prova nele solicitados.

(6) Ex.: Cônjuge, pai, mãe, filho, avó, genro, nora, irmão, etc.

5 Se a criança/jovem for titular de Abono de Família para Crianças e Jovens, passe ao quadro 7 RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

Rendimentos anuais ilíquidos do ano anterior ao da apresentação do requerimento					
N.º de ordem do agregado familiar ⁽⁷⁾	Valor dos rendimentos de trabalho				Valor das Pensões de Alimentos
	Por conta de outrem	Independente			
		Vendas	Serviços		
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N.º de ordem do agregado familiar ⁽⁷⁾	Valor das prestações pagas por outras entidades ⁽⁸⁾		Valor das prestações pagas pelo Fundo de Garantia dos Alimentos a Menores	Valor dos apoios à habitação	
	Pensões ⁽⁹⁾	Prestações Sociais ⁽¹⁰⁾		Subsídios de Renda de Casa	Subsídios de Residência ou outros Apoios Públicos à Habitação
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Reside numa casa de habitação social? Sim Não

(7) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 4**.

(8) Não incluir prestações sociais pagas pelo Instituto da Segurança Social, I.P.. Incluir prestações da Caixa Geral de Aposentações, empresas, sindicatos, Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, fundos de pensões, instituições bancárias, seguradoras e organismos estrangeiros, entre outros.

(9) Não incluir pensões pagas pelo Instituto da Segurança Social, I.P.. Incluir Pensões de Sobrevivência, de Velhice, de Invalidez, de Aposentação ou outras de natureza idêntica e rendas temporárias ou vitalícias, pensões a cargo de companhias de seguros ou fundos de pensões, pagas por organismos nacionais ou estrangeiros.

(10) Não incluir prestações por encargos familiares e prestações no domínio da deficiência ou da dependência.

10 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Deve apresentar, conjuntamente com o requerimento os seguintes documentos:

- Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Certidão de Identificação Civil, Passaporte, etc.), relativos à criança ou jovem para quem é requerido o subsídio, ao requerente e aos membros do agregado familiar;
- Boletim de matrícula ou documento que o substitua, no caso de frequência de estabelecimento;
- Prova de despesa anual com a habitação;
- Declaração Médica, Mod. GF 61-DGSS, no caso de, em ano anterior, não ter recebido Subsídio de Educação Especial;
- Declaração Médica, Mod. GF 62-DGSS, no caso de, em ano anterior, ter recebido Subsídio de Educação Especial;
- Cédula profissional ou outro documento comprovativo de que o técnico especializado possui habilitação profissional específica e adequada à prestação do apoio;
- Certidão comprovativa do registo do estabelecimento na Entidade Reguladora da Saúde, no caso de se tratar de uma prestação de cuidados de saúde por profissional habilitado;
- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de ter indicado no requerimento que o pagamento deve ser efetuado por depósito em conta bancária;
- Declaração da entidade empregadora comprovativa do não pagamento, ao requerente, de qualquer subsídio para o mesmo fim.

11 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social, no mês anterior ao do início do ano letivo ⁽¹¹⁾, no caso de frequência de estabelecimento ou no decurso do ano letivo, nos casos de posterior verificação da deficiência ou conhecimento da existência de vaga ou outra circunstância atendível.

(11) Considera-se ano letivo o período fixado por determinação dos serviços competentes do Ministério da Educação, para o funcionamento do respetivo estabelecimento.

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