

Requerimento de Subsídio para Assistência a Filho com Deficiência, Doença Crónica ou Doença Oncológica



Antes de preencher leia a informação do quadro 6.

Dados do requerente (pessoa que presta a assistência)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Assinale a situação do requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2.

☐

Pai/Mãe/Equiparado

☐

Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa

☐

Tutor

☐

Outro

Dados do filho/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

É titular de prestações por deficiência?

☐

Sim

☐

Não

Ex: Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação, Subsídio Mensal Vitalício, Prestação Social para a Inclusão ou outra

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pagadora

Ex: Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações, organismo estrangeiro ou outro

Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente?

☐

Sim

☐

Não

Dados do cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Exerce atividade profissional?

☐

Sim

☐

Não

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pela qual está abrangido

Ex: Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro

Pediu 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

4

Períodos de impedimento para o trabalho do requerente e outros elementos

de -- a -- de -- a --
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

de -- a -- de -- a --
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:

Nome da Instituição

Períodos

de -- a -- de -- a --
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

de -- a -- de -- a --
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia

5

Declarações

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

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

--
ano mês dia

Assinatura

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

6

Informações



Documento a apresentar

- ▶ Declaração médica - GIT 81, que comprove a necessidade de assistência por deficiência¹/doença crónica²/doença oncológica².
- ▶ Formulário de Inscrição/Enquadramento de Trabalhador por Conta de Outrem - 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, e os documentos comprovativos solicitados, no caso de não estar inscrito na Segurança Social.

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.



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:

- ▶ 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 – MG 14.

6

Informações (continuação)

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.



Formulários

Os formulários estão disponíveis na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt e nos Serviços de Atendimento.



Prazo e local de entrega

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

- ▶ Na Segurança Social Direta, em www.seg-social.pt, através do preenchimento do requerimento online, se a entidade competente para o tratamento do pedido for o Instituto da Segurança Social, I.P. ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.
- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio.



Proteção de dados

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 de Segurança Social da Madeira, IP-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 a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a ☐ **Requerente** ☐ **Pessoa que assinou a rogo** 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