


Por Nascimento Por Doença ou Acidente¹

 Antes de preencher leia a informação do quadro 8.

1 Dados do requerente (pessoa que presta assistência)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

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

Avô/Equiparado Avó/Equiparada

2 Dados do neto/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

3 Subsídio por nascimento de neto/equiparado

Nome do menor de 16 anos

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

O neto, filho de menor de 16 anos, vive em comunhão de mesa e de habitação com o requerente do subsídio? Sim Não

A assistência a neto é partilhada pelos avós? Sim 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? Sim Não

Está impossibilitado de prestar assistência? Sim Não

Pediu o subsídio pelo mesmo motivo? Sim 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.

4

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:

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

Indique, relativamente aos progenitores:

Exercem atividade profissional? Sim Não

Estão impossibilitados de prestar assistência? Sim Não

Pediram o subsídio pelo mesmo motivo? Sim Não

Identificação do progenitor impedido de prestar assistência

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

5

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

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

Indique os períodos de impedimento para o trabalho

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

Declarações

Tenho conhecimento que devo comunicar ao serviço da Segurança Social qualquer facto que determine o fim (cessação) 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.

Informações

Documento a apresentar

- ▶ Para todas as situações:
 - ▷ 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.
- ▶ No caso de nascimento:
 - ▷ Declaração do médico do estabelecimento ou serviço de saúde comprovativa do parto ou apresentação de documento de identificação civil do neto.
- ▶ No 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.

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.

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 requerimento for o Instituto da Segurança Social, I.P. ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.
- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social, em suporte papel.

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