

**!** ▶ O Subsídio Parental Alargado, pode ser pedido até aos 6 anos de idade da criança.  
 ▶ Antes de preencher leia a informação do quadro 5.

## Identificação da(s) pessoa(s) a quem se destina o subsídio<sup>1</sup>

### 1.1. Mãe/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

 -  - 

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

### 1.2. Pai/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

 -  - 

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

<sup>1</sup> No caso do subsídio ser requerido pelos representantes legais da(s) pessoa(s) a quem se destina(m) o(s) subsídio(s), preencha a

## Elementos relativos ao Subsídio Parental Alargado

Indique os períodos de impedimento para o trabalho correspondentes às opções assinaladas (escolha uma das opções):

### Mãe/equiparado

Gozo da Licença Parental Alargada num único período

de  -  -  a  -  -  =   
 ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Gozo Licença Parental Alargada num único período de 3 meses a tempo parcial

de  -  -  a  -  -  =   
 ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Gozo da Licença Parental Alargada intercalada com períodos de trabalho a tempo parcial

de  -  -  a  -  -  =   
 ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Tempo Total  Tempo Parcial

de  -  -  a  -  -  =   
 ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Tempo Total  Tempo Parcial

de  -  -  a  -  -  =   
 ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Tempo Total  Tempo Parcial

## Elementos relativos ao Subsídio Parental Alargado (continuação)

# 2

### Pai/equiparado

Gozo da Licença Parental Alargada num único período

de -- a -- =   
ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Gozo Licença Parental Alargada num único período de 3 meses a tempo parcial

de -- a -- =   
ano mês dia ano mês dia N.º de dias

Gozo da Licença Parental Alargada intercalada com períodos de trabalho a tempo parcial

de -- a -- =   Tempo Total  Tempo Parcial  
ano mês dia ano mês dia N.º de dias

de -- a -- =   Tempo Total  Tempo Parcial  
ano mês dia ano mês dia N.º de dias

de -- a -- =   Tempo Total  Tempo Parcial  
ano mês dia ano mês dia N.º de dias

## Identificação do filho/equiparado

# 3

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

--

ano mês dia

## Declarações

# 4

Tenho conhecimento 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;
- ▶ as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

--

ano mês dia

Assinatura da mãe/equiparado ou representante legal

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.

Data

--

ano mês dia

Assinatura do pai/equiparado ou representante legal

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

Consulte a Folha Anexa a este requerimento - RP 5096/2 para obter informações relativas ao subsídio/instruções de preenchimento.

### Documentos a apresentar

- ▶ Formulário de Identificação - RV 1017, no caso da pessoa a quem se destina o subsídio não ter N.º de Identificação de Segurança Social;
- ▶ Folha de Continuação - RP 5096/1, no caso de o requerente ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio.

### 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](http://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](http://www.seg-social.pt) e nos Serviços de Atendimento.

### Prazo e local de entrega

O requerimento deve ser apresentado, no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da proteção:

- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio.
- ▶ Na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), através do preenchimento do requerimento online.

Nota: Todas as referências neste formulário feitas à “mãe” e ao “pai” consideram-se efetuadas aos titulares do direito de parentalidade, salvo as que resultem da condição biológica daqueles.

## 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](http://www.seg-social.pt).

**A preencher pela Segurança Social**

Confirmo que a(s) assinatura(s) do(s)/a(s)  **Requerente(s)**  **Pessoa(s) que assinou (assinaram) a rogo** está (estão) em conformidade com o seguinte documento de identificação:

**Mãe/equiparado ou representante legal**

Cartão de Cidadão     Bilhete de Identidade     Passaporte     Outro

Número

Validade

-  -   
ano                      mês                      dia

**Assinatura e carimbo**

**Pai/equiparado ou representante legal**

Cartão de Cidadão     Bilhete de Identidade     Passaporte     Outro

Número

Validade

-  -   
ano                      mês                      dia

**Assinatura e carimbo**