



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÃO SOCIAL PARA A INCLUSÃO

DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÕES

Componente Base **Complemento**

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

| | | | |
|-----------------------------|-------------------|--|--|
| Nome completo | | | |
| Data de nascimento | ano mês dia | N.º de Identificação de Segurança Social | |
| N.º de Identificação Fiscal | | | |
| Telemóvel / Telefone | E-mail | | |

2 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR NO CASO DE TER ASSINALADO A QUADRÍCULA "COMPLEMENTO"

2.1 Pessoas que deixaram de fazer parte do agregado familiar

| Nome completo | N.º de Identificação de Segurança Social | Data em que deixou de pertencer ao agregado familiar | Motivo |
|---------------|--|--|--------|
| | | ano mês dia | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2.2 Pessoas que passaram a fazer parte do agregado familiar ou cujos rendimentos se alteraram

| N.º de ordem do agregado familiar | Nome completo | Data de nascimento |
|-----------------------------------|---------------|--------------------|
| | | ano mês dia |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

| N.º de ordem do agregado familiar | N.º de Identificação de Segurança Social | N.º de Identificação Fiscal | Relação de parentesco com o beneficiário | Data em que passou a pertencer ao agregado (1) |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|--|
| | | | | ano mês dia |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

(1) Preencher, apenas, se for um novo elemento do agregado familiar.

As falsas declarações e omissões são punidas nos termos da lei

3 RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

3.1 Rendimentos que deixou de possuir ou que foram alterados

| N.º de ordem do agregado familiar ⁽¹⁾ | Rendimentos mensais que deixou de possuir | | | Rendimentos novos mensais ou que foram alterados | | |
|--|---|-------|---------------------------|--|-------|---------------------------|
| | Designação ⁽²⁾ | Valor | Data ano mês dia | Designação ⁽²⁾ | Valor | Data ano mês dia |
| 1 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| | | | | | | |
| Beneficiário | | | | | | |
| | | | | | | |

(1) Número de ordem pela qual o membro do agregado familiar foi referenciado no quadro 2.2.. Caso uma linha não baste para uma pessoa utilize as que forem necessárias, indicando sempre o mesmo n.º de ordem.

(2) Trabalho por conta de outrem; trabalho independente, empresariais, profissionais e de capitais; Pensões, Pensões de Alimentos e Prestações Sociais pagas por outras entidades⁽³⁾; prestações pagas pelo Fundo de Garantia de Alimentos a Menores; Subsídios de Renda de Casa; Subsídios de Residência ou outros apoios públicos à habitação.

(3) 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, companhias de seguros e organismos estrangeiros, entre outros.

3.2 Valor do património mobiliário do agregado familiar

| N.º de ordem do agregado familiar ⁽⁴⁾ | Património mobiliário que deixou de possuir | | | Património mobiliário que passou a possuir ou que o valor foi alterado | | |
|--|---|-------|---------------------------|--|-------|---------------------------|
| | Designação ⁽⁵⁾ | Valor | Data ano mês dia | Designação ⁽⁵⁾ | Valor | Data ano mês dia |
| 1 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| | | | | | | |
| Beneficiário | | | | | | |
| | | | | | | |

(4) Número de ordem pela qual o membro do agregado familiar foi referenciado no quadro 2.2. Caso uma linha não baste para uma pessoa utilize as que forem necessárias, indicando sempre o mesmo n.º de ordem.

(5) Valores depositados em contas bancárias, ações, obrigações, certificados de aforro, títulos e unidades de participação em instituições de investimento coletivo; outros ativos financeiros.

4 DESTINATÁRIO DA PRESTAÇÃO

Indique quem recebe a prestação: Beneficiário Requerente Procurador Representante legal
 Acompanhante no âmbito do regime de maior acompanhado

Nome completo _____

N.º de Identificação de Segurança Social _____

5 OUTROS ELEMENTOS

A partir de _____ ano _____ mês _____ dia _____ (indicar o nome) _____, deixou de passou a:

- residir numa habitação social ⁽¹⁾.
- estar institucionalizado em equipamento social financiado pelo Estado.
- em família de acolhimento
- estar em situação de prisão preventiva em estabelecimento prisional.
- cumprir pena de prisão em estabelecimento prisional.
- estar ausente do território nacional, por motivo de _____
prevendo-se o seu regresso em _____ ano _____ mês _____ dia _____.

O grau de incapacidade foi alterado para _____ % a partir de _____ ano _____ mês _____ dia ⁽²⁾.

O titular da prestação faleceu em _____ ano _____ mês _____ dia _____.

(1) Se respondeu que passou a residir numa habitação social, os serviços da Segurança Social consideram como rendimento o valor de 46,36 euros, o qual é aplicado escalonadamente de acordo com o ano de atribuição da prestação da seguinte forma: um terço no 1.º ano (15,45 euros), dois terços no 2.º ano (30,91 euros) e o valor total de 46,36 euros a partir do 3.º ano.

(2) Neste caso deve juntar o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, Declaração de Incapacidade emitida pelas autoridades de saúde, ou cartão de Identificação de Deficiente das Forças Armadas.

6 DOCUMENTOS A APRESENTAR

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 pretende 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.

Alteração de morada

Se for portador do Cartão de Cidadão, confirme se a morada que tem no seu cartão é a mesma que consta no sistema de Segurança Social.

Caso pretenda indicar uma morada diferente, poderá fazê-lo:

- No portal ePortugal, autenticando-se com o seu Cartão de Cidadão, Chave Móvel Digital ou através do assistente virtual no portal;
- Nos Espaços Cidadão;
- Nos balcões de atendimento do Cartão de Cidadão.

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 estritamente 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 o site em www.seg-social.pt.

7 CERTIFICAÇÃO

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Comprometo-me a entregar os documentos de prova necessários à manutenção da prestação.

Comprometo-me a entregar, quando necessário, informação sobre a composição do agregado familiar, rendimentos e património mobiliário.

_____|_____|_____|
ano mês dia

Assinatura do declarante ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

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

Confirmo que a assinatura do: **declarante** ou **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro _____

Número |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Validade _____ ano |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
ano mês dia

Assinatura e carimbo da Segurança Social