SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO

SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

1.1 Identificação

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

Parentesco com o(s) descendente(s) N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel / Telefone E-mail

1.2 Situação profissional

Se nos últimos 14 meses esteve abrangido por outro regime de proteção social obrigatório, indique o nome das instituições [1]:

e períodos de (ano / mês / dia) a (ano / mês / dia) e de (ano / mês / dia) a (ano / mês / dia)

Se recebe Pensão de Invalidez/Velhice ou de Aposentação, indique o nome da última instituição de Segurança Social [1] para onde descontou

(1) Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou outra instituição.

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE (A preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

Morada

Código postal -

Localidade

Telemóvel / Telefone E-mail

Assinale com um x a situação do requerente:

- ☐ Cônjuge do beneficiário
- ☐ Pessoa com quem o descendente viva e o tenha à sua guarda e cuidados
- ☐ O próprio descendente com idade superior a 16 anos

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO

3.1 Identificação

Nome completo

Data de nascimento (ano / mês / dia) N.º de Identificação de Segurança Social

Estado civil

3.2 Situação em que se encontra o descendente

Está abrangido por um regime de proteção social obrigatório? ◯ Sim ◯ Não Se **Sim**, indique:

N.º de beneficiário nome da instituição

Vive a cargo e em comunhão de mesa e de habitação com o beneficiário? ◯ Sim ◯ Não Se **Não**, indique:

Motivo

Morada

Código postal -

Localidade Telefone

A preencher se o subsídio for requerido para descendente casado [2]

Rendimento mensal ilíquido do descendente

Rendimento mensal ilíquido do cônjuge do descendente

TOTAL

(2) Ou descendente separado de pessoas e bens, divorciado ou viúvo.
No caso de descendente separado de pessoas e bens, divorciado ou viúvo deve, apenas, declarar o seu rendimento.

3.3 Situação de acumulação

Está a ser recebido ou foi requerido o mesmo subsídio a outra instituição ou através de outro beneficiário? ◯ Sim ◯ Não

Se **Sim**, indique:

Nome do beneficiário

N.º de beneficiário nome da instituição

4 OUTRAS INFORMAÇÕES

O descendente tem autonomia para realizar os atos indispensáveis à satisfação das suas necessidades básicas? ◯ Sim ◯ Não

A assistência é prestada por período igual ou superior a 6 horas diárias? ◯ Sim ◯ Não

Nome da pessoa que presta assistência

N.º de Identificação de Segurança Social

Nome da pessoa que presta assistência

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de início da prestação de assistência (ano / mês / dia)

O descendente encontra-se a beneficiar de assistência permanente prestada em estabelecimento de saúde ou de apoio social? ◯ Sim ◯ Não

Se **Sim**, indique: Nome do estabelecimento

O descendente recebe ou requereu Subsídio de Educação Especial? ◯ Sim ◯ Não

5 MODO DE PAGAMENTO

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária. Para o efeito, deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN), o qual será registado ou alterado no sistema de informação da Segurança Social. O IBAN agora indicado passará a ser utilizado para o pagamento de todas as prestações de Segurança Social.

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN, serão utilizados os dados da modalidade de pagamento que consta registada no sistema de informação da Segurança Social.

6 CERTIFICAÇÃO

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano mês dia

(Assinatura do beneficiário/requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Certidão do Registo Civil, Boletim de Nascimento, Passaporte) do descendente e do requerente, se a prestação não for requerida pelo beneficiário.

Cartão de Identificação de Segurança Social do beneficiário, do requerente e do descendente se estiver inscrito.

Cartão de identificação fiscal do beneficiário e do descendente, se o possuírem.

Documento do banco, comprovativo do IBAN, onde conste obrigatoriamente o nome do requerente como titular da conta.

Documento comprovativo de que o descendente vive e está à guarda e cuidados de outra pessoa/entidade, se for essa a situação.

Documento de identificação válido da(s) pessoa(s) que presta(m) assistência.

6 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social, no prazo de seis meses contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou o facto determinante da concessão.

No caso de requerer após aquele prazo, a prestação será paga, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento [1].

(1) Se à data do requerimento não se verificar, ainda, a assistência de terceira pessoa, a prestação só terá início a partir do mês em que a mesma se efetive.

ATENÇÃO

Se for convocado para realizar o exame médico de avaliação da situação de dependência, no dia marcado para o efeito deve apresentar devidamente preenchida a Informação Médica, Mod. SVI 7-DGSS, a obter nos serviços de atendimento da Segurança Social ou no sitio da internet em www.seg.social.pt, na opção Documentos e Formulários/Formulários.

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 DO BENEFICIÁRIO / REQUERENTE (a preencher pelos Serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura da pessoa identificada no ☐ **Quadro 1** ☐ **Quadro 2** 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