



SEGURANÇA SOCIAL

## DECLARAÇÃO

### RENDIMENTOS DO BENEFICIÁRIO / COMPOSIÇÃO E RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

#### Prestação Social para a Inclusão

Componente Base  Complemento

Não preencha esta Declaração se tiver requerido, apenas, a Componente Base e o grau de incapacidade for igual ou superior a 80% ou se tiver idade igual ou inferior a 18 anos.

Nos termos da legislação em vigor, os rendimentos relevantes para atribuição desta prestação, quer sejam os abrangidos pela interconexão de dados entre os serviços da Autoridade Tributária e Aduaneira e as instituições da Segurança Social, quer as prestações sociais atribuídas pela Segurança Social, serão obtidos oficiosamente para efeitos de decisão sobre o requerimento da Prestação Social para a Inclusão.

#### 1. ELEMENTOS DO BENEFICIÁRIO

##### 1.1 Identificação

Nome completo \_\_\_\_\_

N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Se assinalou, apenas, a Componente Base passe ao **quadro 3 e seguintes** e preencha, somente, os rendimentos relativos ao beneficiário.

##### 1.2 Dados relativos à habitação social (preencher se requerer o Complemento)

Reside numa habitação social?  Sim  Não<sup>(1)</sup>

Se assinalou **Sim**, 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.

**(1)** Se respondeu **Não** e se posteriormente vier a residir, o escalonamento referido anteriormente será aplicado a partir do ano em que passou a ter esse apoio.

#### 2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO BENEFICIÁRIO<sup>(1)</sup> NO CASO DE TER ASSINALADO A QUADRÍCULA “COMPLEMENTO” (se tiver mais de 4 pessoas, preencha a Folha de Continuação, Mod. PSI 1/2-DGSS)

N.º de ordem do agregado familiar	Nome completo	Data de nascimento		
		ano	mês	dia
<b>1</b>	<b>Beneficiário</b>			
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				

N.º de ordem do agregado familiar	Número de Identificação de Segurança Social	Número de Identificação Fiscal	Relação de Parentesco com o Beneficiário	Data em que se ausentou do território nacional por período superior a 30 dias <sup>(2)</sup>		
				ano	mês	dia
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						

**(1)** Considera-se que fazem parte do agregado familiar a(s) pessoa(s) que viva(m) em economia comum. Não incluir elementos do agregado familiar que se encontrem em estabelecimento prisional.

**(2)** Por motivo de doença, trabalho, estudo ou formação profissional.

#### 3. RENDIMENTOS DO BENEFICIÁRIO E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS EM PORTUGAL

##### 3.1 Rendimentos de trabalho dependente não declarados à Segurança Social<sup>(1)</sup> (Preencher a coluna de acordo com o sistema de proteção social pelo qual está abrangido)

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Caixa Geral de Aposentações	Outro sistema de proteção social
	<b>1</b>	
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		

**(1)** Indicar valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação da Declaração** (ex: se declarou em outubro, deve considerar os rendimentos de agosto).

**(2)** Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 2**.

**3. RENDIMENTOS DO BENEFICIÁRIO E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS EM PORTUGAL** (continuação)**3.2 Património mobiliário do beneficiário e do agregado familiar a 31 de dezembro do ano anterior ao da data da apresentação da Declaração** <sup>(1)</sup>

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Contas bancárias	Ações	Obrigações	Certificados de Aforro	Títulos e Unidades de participação em instituições de investimento coletivo	Outros ativos financeiros
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						

(1) Indicar o valor a 31 de dezembro do **ano anterior ao da data de apresentação da Declaração**.

(2) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 2**

**3.3 Pensões não pagas pela Segurança Social** <sup>(3) (4)</sup>

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Pensão por Aposentação ou de Velhice	Pensão por Aposentação ou de Invalidez	Pensão de Sobrevivência <sup>(5)</sup>	Pensão por Acidente de trabalho	NIF da entidade pagadora
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Pensão por Doença Profissional	Outras Pensões	Complemento por Dependência	Outros Complementos	NIF da entidade pagadora
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					

(2) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 2**.

(3) **Incluir** pensões da Caixa Geral de Aposentações, empresas, sindicatos, Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, fundos de pensões, instituições bancárias, companhias de seguros, entre outras.

(4) **Indicar** valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação da Declaração** (Ex: se declarou em outubro, deve considerar os rendimentos de agosto). **Não incluir** os montantes correspondentes a retroativos relativos a meses anteriores nem o duodécimo do Subsídio de Férias e do Subsídio de Natal.

(5) **Incluir** pensões de sobrevivência, viuvez, orfandade e outras de idêntica natureza e rendas temporárias ou vitalícias, pensões a cargo de companhias de seguros ou fundo de pensões.

**3.4 Prestações não pagas pela Segurança Social** <sup>(6) (7)</sup>

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(2)</sup>	Parentalidade	Doença	Desemprego	Outras	NIF da entidade pagadora
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					

(2) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 2**.

(6) **Incluir** prestações da Caixa Geral de Aposentações, empresas, sindicatos, Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores, fundos de pensões, instituições bancárias, companhias de seguros, entre outras.

(7) **Indicar** valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação da Declaração**: se requereu em outubro, deve considerar os rendimentos de agosto). **Não incluir** prestações por encargos familiares e prestações no domínio da deficiência e da dependência (Abono de Família Pré-Natal, Abono de Família para Crianças e Jovens, Bolsa de Estudo, Bonificação por Deficiência, Subsídio de Educação Especial, Subsídio Mensal Vitalício e Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa).

#### 4. RENDIMENTOS DO BENEFICIÁRIO E DO AGREGADO FAMILIAR OBTIDOS NO ESTRANGEIRO

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(1)</sup>	Rendimentos de trabalho dependente <sup>(2)</sup>	Rendimentos empresariais e profissionais <sup>(3)</sup>				
		Trabalho independente	Comerciais e industriais	Agrícolas, silvícolas ou pecuárias	Propriedade intelectual <sup>(4)</sup>	Outros <sup>(5)</sup>
1						
2						
3						
4						

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(1)</sup>	Rendimentos Prediais <sup>(3)</sup>	Rendimentos de capitais <sup>(3)</sup>				
		Dividendos ou lucros - com retenção em Portugal	Dividendos ou lucros - sem retenção em Portugal	Rendimentos da diretiva da poupança n.º 2003/48/CE países/territórios - período de transição - art.º 10.º da Diretiva	Rendimentos da diretiva da poupança n.º 2003/48/CE restantes países não abrangidos pelo período de transição	Juros referidos no n.º 5 do art.º 72.º do CIRS - sem retenção em Portugal
1						
2						
3						
4						

N.º de ordem do agregado familiar <sup>(1)</sup>	Rendimentos de capitais <sup>(3)</sup> - (continuação)				Pensões <sup>(6)</sup>	Prestações <sup>(6)</sup>	Complementos <sup>(6)</sup>	Outros Rendimentos <sup>(6)</sup>
	Rendimentos de valores mobiliários - com retenção em Portugal	Rendimentos de capitais referidos no n.º 13 do art.º 71.º e do n.º 12 do art.º 72.º do CIRS	Royalties e assistência técnica	Outros rendimentos de capitais - sem retenção em Portugal				
1								
2								
3								
4								

**(1)** Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no **quadro 2**.

**(2) Indicar** valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação da Declaração** (ex: se declarou em outubro, deve considerar os rendimentos de agosto).

**(3) Indicar** o valor a 31 de dezembro do **ano anterior ao da data de apresentação da Declaração**.

**(4)** Rendimentos abrangidos pelo artigo 58.º do EBF - parte não isenta.

**(5) Incluir** rendimentos da propriedade intelectual ou industrial, rendimentos de capitais e prediais imputáveis a atividades geradoras de rendimentos empresariais e profissionais, saldo positivo das mais e menos-valias e restantes incrementos patrimoniais.

**(6) Incluir** valores mensais ilíquidos referentes ao **segundo mês anterior ao da data de apresentação da Declaração**. **Não incluir** os montantes correspondentes a retroativos relativos a meses anteriores.

#### 5. AUTORIZAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Comprometo-me a entregar os documentos de prova necessários à atribuição e/ou 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 conforme documento de identificação válido

#### As falsas declarações e omissões são punidas nos termos da lei.

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 site em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).

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

Confirmo que a assinatura do:  **Beneficiário**  **Declarante** 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)