

**Dados da entidade requerente**

Nome

Natureza jurídica

N.º de Identificação de Pessoa Coletiva

Morada da Sede

Código postal

Freguesia

Concelho

Distrito

Registo Direção-Geral de Segurança Social/ N.º inscrição

Nome do responsável pela entidade requerente

Dados do estabelecimento

Nome

Morada

Código postal

Freguesia

Concelho

Distrito

Telemóvel ou telefone

E-mail

N.º do Acordo

Pedido de participação adicional

Centro Distrital de Segurança Social competente

Protocolo de Cooperação

Cláusula

Ano (a que se reporta o pedido)

Anexa lista de residentes com certificado de dependência de 2.º grau? (preencher o quadro 4. Lista nominativa)

Sim Não

Anexa lista de residentes com processo de reconhecimento da situação de dependência de 2.º grau em curso, ou com pedido de revisão do complemento por dependência de 1.º grau por configurarem atualmente uma situação de dependência de 2.º grau? (preencher o quadro 4. Lista nominativa) ¹

Sim Não

Anexa lista de residentes que não tenham pedido o complemento por dependência mas que configuram situação de dependência de 2.º grau? (preencher o quadro 4. Lista nominativa) ¹

Sim Não

Anexa declaração de reconhecimento da situação de dependência de 2.º grau emitida pelo médico assistente? ²

Sim Não

¹ No caso dos residentes com dependência de 2.º grau não certificada pelo SVI competente, é necessário anexar o formulário RP 5027 (complemento por dependência) e os documentos nele indicados.

² No caso dos residentes com dependência de 2.º grau certificada pelo SVI competente, não é necessário anexar declaração de reconhecimento da situação de dependência de 2.º grau emitida pelo médico assistente.

Declarações

5

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

ano - -
 mês dia

Assinatura

Assinatura conforme documento de identificação válido.

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 o site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/da **Requerente** **Pessoa que assinou** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número

Validade

- -
ano mês dia

Assinatura