



- !**
- ▶ A apresentação deste requerimento é dispensada se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.
  - ▶ Antes de preencher leia a informação do [quadro 6](#).

### Dados do requerente (pessoa que presta assistência)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Indique a situação do requerente relativamente à pessoa identificada no [quadro 2](#).

- Pai/Mãe/Equiparado       Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa
- Tutor       Outro

### Dados do filho/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

É titular de prestações por deficiência?

- Sim       Não

Ex: Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação, Subsídio Mensal Vitalício, Prestação Social para a Inclusão ou outra

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pagadora

Ex: Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações, organismo estrangeiro ou outro

**Preencher no caso de assistência a filho maior de 18 anos:**

Está integrado no agregado familiar do requerente?  Sim       Não

### Dados do cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Exerce atividade profissional?

- Sim       Não

Se respondeu **sim**, indique o nome da instituição pela qual está abrangido

Ex: Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro

Pedi o mesmo subsídio pelo mesmo motivo?

- Sim       Não

Se respondeu **sim**, indique o período de impedimento para o trabalho

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

Está impossibilitado de prestar assistência?  Sim       Não

# 4

## Períodos de impedimento para o trabalho do requerente e outros elementos

Indique os períodos de impedimento para o trabalho

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

No caso de estar ou **ter estado abrangido por outro regime de proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique:

Nome da Instituição

Períodos

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia] de [ano] - [mês] - [dia] a [ano] - [mês] - [dia]

# 5

## Declarações

**Tenho conhecimento** que devo comunicar ao serviço da Segurança Social qualquer facto que determine o fim (cessação) do subsídio, **no prazo de 5 dias úteis** a partir da data da sua verificação.

**Declaro** que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

[ano] - [mês] - [dia]

Assinatura

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.

# 6

## Informações

### Documento a apresentar

- ▶ Para todas as situações:
  - ▷ Declaração médica que indique a necessidade de prestar assistência inadiável e imprescindível ao filho;
  - ▷ [Formulário de Inscrição/Enquadramento de Trabalhador por Conta de Outrem - RV 1009](#), no caso do requerente não estar identificado na Segurança Social;
  - ▷ [Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania - RV 1017](#) e os documentos comprovativos solicitados, no caso de não estar inscrito na Segurança Social;
  - ▷ Documento comprovativo da impossibilidade de prestar assistência, caso tenha indicado **“sim”** no [quadro 3](#).
- ▶ No caso de filho com deficiência:
  - ▷ Declaração médica comprovativa da situação de deficiência.  
Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e estar a ser atribuída uma prestação por deficiência.
- ▶ No caso de filho com doença crónica:
  - ▷ Declaração médica comprovativa da doença crónica.  
Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e já tiver sido apresentada anteriormente a respetiva declaração.

# 6

## Informações (continuação)

### Prazo e local de entrega

O requerimento deve ser apresentado, **no prazo de 6 meses a contar do 1.º dia de impedimento para o trabalho:**

- ▶ preferencialmente, na Segurança Social Direta, em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), uma vez que permite uma maior rapidez na análise e decisão do mesmo;
- ▶ nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio.

### 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:

- ▶ pela Internet, 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](#). O formulário encontra-se disponível em [www.seg-social.pt](http://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.

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

## A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a  **Requerente**  **Pessoa que assinou a rogo** 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**