

Declaração de Prolongamento do Subsídio para Assistência a Filho com Deficiência, Doença Crónica ou Doença Oncológica¹

Dados do declarante (pessoa que presta assistência)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Dados do filho/equiparado

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Prolongamento dos períodos de impedimento para o trabalho

Para efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, art. 20.º, n.º 1 e n.º 2; art. 76.º, n.º 3, comunico que foi prolongada a licença para assistência ao descendente com deficiência, doença crónica ou doença oncológica identificado no [quadro 2](#), durante o seguinte período:

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Declarações (pessoa que presta assistência)

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 declarante ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o declarante não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

¹ Aplicação do Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, art. 20.º, n.º 1 e n.º 2; art. 76.º, n.º 3, versão atualizada

5

Declarações da entidade empregadora

Confirmo Não confirmo as declarações prestadas pelo trabalhador, relativamente à manutenção da licença para assistência ao descendente identificado no [quadro 2](#).

Data

- -
ano mês dia

Assinatura e carimbro

6

Informações

Prazo e local de entrega

Esta declaração deve ser apresentada, no prazo de **10 dias úteis** antes do fim da anterior licença:

- ▶ na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt, através do preenchimento do requerimento online, se a entidade competente para o tratamento do requerimento for o Instituto da Segurança Social, I.P. ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas;
- ▶ nos serviços de atendimento da Segurança Social ou enviada pelo correio.

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/a Declarante 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