

 Antes de preencher leia a informação do [quadro 4](#).

## Identificação da(s) pessoa(s) a quem se destina o subsídio<sup>1</sup>

### 1.1. Mãe

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

### 1.2. Pai

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

<sup>1</sup> No caso do subsídio ser requerido pelos representantes legais da(s) pessoa(s) a quem se destina(m) o(s) subsídio(s), preencha a [Folha de Continuação deste requerimento, RP 5092/1](#).

## Elementos relativos ao Subsídio Específico por Internamento Hospitalar do Recém-Nascido

Data do parto

ano mês dia

Data da alta hospitalar

ano mês dia

O parto ocorreu até às 33 semanas?

Sim<sup>1</sup>  Não

Indique os períodos (dias seguidos) de impedimento para o trabalho (a preencher por quem gozar o acréscimo da licença ou por ambos se houver partilha):

### Mãe

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

### Pai

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

de -- a -- =  N.º de dias

ano mês dia ano mês dia

<sup>1</sup> Se respondeu sim, a licença parental inicial pode ser acrescida de todo o período de internamento e mais 30 dias de acréscimo.

# 3

## Declarações

Tenho conhecimento que:

- ▶ devo comunicar ao serviço de Segurança Social qualquer facto que determine a cessação do subsídio, no prazo de 5 dias úteis a partir da data da sua verificação;
- ▶ as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

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

### Data

ano - mês - dia

### Data

ano - mês - dia

### Assinatura da mãe ou representante legal

[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.

### Assinatura do pai ou representante legal

[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.

# 4

## Informações

Consulte a [Folha Anexa a este requerimento - RP 5092/2](#), para obter informações relativas ao subsídio/instruções de preenchimento.

### Documentos a apresentar

- ▶ [Formulário de Identificação - RV 1017](#), no caso da pessoa a quem se destina o subsídio não ter N.º de Identificação de Segurança Social;
- ▶ [Folha de Continuação - RP 5092/1](#), no caso de o requerente ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio;
- ▶ Declaração hospitalar que prove o período de internamento da criança.

### Onde entregar este pedido

- O requerimento deve ser apresentado, no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da proteção:
- ▶ nos Serviços de Atendimento da Segurança Social ou enviado pelo correio;
  - ▶ na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), através do preenchimento do requerimento online.

### 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 - MG14](#). 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.

Nota: Todas as referências neste formulário feitas à "mãe" e ao "pai" consideram-se efetuadas aos titulares do direito de parentalidade, salvo as que resultem da condição biológica daqueles.

## 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, I.P.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

Confirmando que a(s) assinatura(s) do(s)/a(s)  **Requerente(s)**  **Pessoa(s) que assinou (assinaram) a rogo** está (estão) em conformidade com o seguinte documento de identificação:

#### Mãe ou representante legal

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Passaporte  Outro

Número

Validade

 -  -   
ano mês dia

Assinatura e carimbo

#### Pai ou representante legal

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Passaporte  Outro

Número

Validade

 -  -   
ano mês dia

Assinatura e carimbo