

## REQUERIMENTO

### CUIDADOR INFORMAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

- Reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal  
 Apoio Financeiro Mensal de Natureza Compensatória

#### PARECER

#### DESPACHO

### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

|                                                                          |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nome completo:                                                           |                                                 |
| Data de Nascimento: ____ / ____ / ____<br><small>ano / mês / dia</small> | Parentesco: _____                               |
| Número de Identificação Fiscal: _____                                    | N.º do Processo Familiar: _____                 |
| Morada: _____                                                            | N.º de Identificação de Segurança Social: _____ |
| Código Postal: - _____                                                   | Localidade: _____                               |
| Contacto: _____                                                          | Endereço Eletrónico: _____                      |

### 2 ELEMENTOS RELATIVOS À PESSOA CUIDADA

|                                                                          |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nome completo:                                                           |                                                 |
| Data de Nascimento: ____ / ____ / ____<br><small>ano / mês / dia</small> | N.º do Processo Familiar: _____                 |
| Número de Identificação Fiscal: _____                                    | N.º de Identificação de Segurança Social: _____ |
| Morada: _____                                                            |                                                 |
| Código Postal: - _____                                                   | Localidade: _____                               |
| Profissão: _____                                                         | Contacto: _____                                 |
|                                                                          | Endereço Eletrónico: _____                      |

### 3 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERIMENTO

|                                                                            |                              |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apoio Financeiro Mensal de Natureza Compensatória | Montante _____ €             |
| <input type="checkbox"/> Transferência Bancária (IBAN)                     |                              |
| <input type="checkbox"/> Vale Postal                                       |                              |
| Data de início: ____ / ____ / ____<br><small>ano / mês / dia</small>       | _____                        |
|                                                                            | <i>Assinatura do Técnico</i> |

#### 4 DOCUMENTOS A APRESENTAR PELO REQUERENTE

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ano / mês / dia

\_\_\_\_\_  
Assinatura

*Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes do 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 de acordo com a Política de Proteção de Dados do ISSM, IP-RAM, acessível no Portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).*

#### 5 DOCUMENTOS A APRESENTAR PELO REQUERENTE

Documentos do requerente e, quando solicitado, dos membros do agregado familiar:

- Cópia do documento de identificação de beneficiário da segurança social ou de outros sistemas de proteção social;
- Cópia do cartão de identificação fiscal do requerente;
- Cópia dos documentos comprovativos dos rendimentos e despesas, nos termos e condições estabelecidas em Portaria conjunta dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e inclusão social e cidadania;
- Documento nominativo comprovativo do IBAN do requerente;
- Declaração da composição do agregado familiar com identificação das pessoas que o constituem à data da instrução do processo.

O requerente fica dispensado da apresentação dos meios de prova dos rendimentos apurados oficiosamente pelas Instituições de Segurança Social.