S. R.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

OFÍCIO-CIRCULAR

DIRECÇÃO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO EDUCATIVA

DATA: 2009.09.16 — Nº 89/2009

SERVIÇO DE ORIGEM:	ENVIADO PARA:	
• DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE INOVAÇÃO E GESTÃO.	Gabinete Secretário	☐
	Direcções Regionais / IDRAM	☐
	Casas da Madeira	☐
	Delegações Escolares	☒
	Escolas Básicas e Secundárias	☒
	Ensino Particular	☐
	Escolas Profissionais Públicas	☐
	Escolas Profissionais Privadas	☐
	I.P.S.S	☐
	Sindicatos	☐

ASSUNTO: TAXAS CONTRIBUTIVAS E PROCEDIMENTOS RELATIVOS A PRESTAÇÕES SOCIAIS DO REGIME GERAL DA SEGURANÇA SOCIAL.

Para efeitos de conhecimento e aplicação, somos a remeter V. Ex.ª o Ofício n.º 3757, de 07.09.2009, da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, acompanhado de um documento do Centro de Segurança Social, relacionado com o assunto identificado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR REGIONAL
DE ADMINISTRAÇÃO EDUCATIVA

(Jorge Manuel da Silva Morgado)

JC /

SRAS
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

S. R.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete de Sua Excelência o
Secretário Regional de Educação e
Cultura
Palácio do Governo
9004– 527 FUNCHAL

C/ Conhecimento:
- Centro de Segurança Social da Madeira

À DGOS
Para conhecimento do SREC.
07/09/09

Sua referência: Sua Comunicação de:

Nossa referência:
SRAS – Gab. Secretario Regional
SRAS SAIDA
S. 3757 07.02.02
2009/09/07 (Tutela)

Assunto: **TAXAS CONTRIBUTIVAS E PROCEDIMENTOS RELATIVOS A PRESTAÇÕES SOCIAIS DO REGIME GERAL DE SEGURANÇA SOCIAL**

Remete-se em anexo Documento do Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM) relativo às taxas contributivas de segurança social aplicáveis aos trabalhadores da função pública, ao abrigo e nos termos do disposto na lei n.º 4/2009, de 29 de Janeiro e Portaria n.º 292/2009, de 23 de Março, e relativo aos procedimentos a adoptar entre os serviços de administração regional directa e indirecta e autarquias locais e o CSSM, no que respeita às prestações sociais do regime geral de segurança social.

Com efeito, na sequência das informações e contactos mantidos anteriormente sobre estas mesmas matérias, estão presentemente reunidas as condições operacionais para o CSSM assumir o pagamento das prestações sociais, de doença, parentalidade e encargos familiares.

O Documento anexo define um **procedimento transitório** a adoptar para os casos a transitar das entidades empregadoras da administração pública regional e local para o CSSM, isto é, das eventualidades que ocorreram a partir de Janeiro de 2009 até 31 de Agosto de 2009, cujo encargo com as respectivas prestações sociais foi assegurado pelas entidades empregadoras e esclarece os **procedimentos a adoptar** pelos trabalhadores da função pública para as eventualidades que ocorrerão a partir do mês de Setembro de 2009, caso em que os mesmos devem solicitar/requerer ao CSSM as respectivas prestações sociais.

Solicita-se a V. Exa. que seja dado conhecimento das referidas orientações e esclarecimentos aos serviços sob a Vossa tutela, para os devidos efeitos.

Com os melhores cumprimentos.

O CHEFE DE GABINETE,

(Miguel Pestana)

Rua das Hortas, nº. 30 • 9050-024 Funchal • Telef. 291 225 154/5 • Fax 291 223 944 • SEC. REG. DE EDUCACAO E CULTURA
http://sras.gov-madeira.pt

Gabinete do Secretario

Entrada	PROCESSO(S)	DATA
4975	1 .5 .	2009/09/07

SRAS
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

SEGURANÇA SOCIAL

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

TAXAS CONTRIBUTIVAS DE SEGURANÇA SOCIAL APLICÁVEIS AOS TRABALHADORES DA FUNÇÃO PÚBLICA

PROCEDIMENTOS RELATIVOS ÀS PRESTAÇÕES SOCIAIS DO REGIME GERAL DE SEGURANÇA SOCIAL

SECTOR PÚBLICO

1. Constituição da relação jurídica de emprego público, suas alterações e início do processo de vinculação ao regime de segurança social dos trabalhadores por conta de outrem [1]

A Lei nº 60/2005, de 29 de Dezembro estabeleceu mecanismos de convergência do regime de protecção social da função pública com o regime geral da segurança social no que respeita às condições de aposentação e cálculo das pensões e, nesse sentido, determinou que *"o pessoal que inicie funções a partir de Janeiro de 2006, ao qual, nos termos da legislação vigente, fosse aplicável o regime de protecção social da função pública em matéria de aposentação, em razão da natureza da instituição a que venha a esta vinculado, do tipo de relação jurídica de emprego de que venha a ser titular ou de norma especial que lhe conferisse esse direito, é obrigatoriamente inscrito no regime geral da Segurança Social".*

Por outro lado, a Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro vem regular os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações, aplicando-se a todos os trabalhadores que exercem funções públicas, independentemente da forma de vinculação. Na Região Autónoma da Madeira, a referida Lei foi adaptada através do Decreto Legislativo Regional n.º 1/2009/M, de 12 de Janeiro.

O estabelecido no novo regime é aplicável aos serviços da administração directa e indirecta do Estado, das administrações regionais (com as respectivas adaptações) e autárquicas e ainda aos órgãos e serviços de apoio do Presidente da República, da Assembleia da República, dos tribunais e do Ministério Público e respectivos órgãos de gestão e de outros órgãos independentes.

Estão excluídos do seu âmbito de aplicação as Entidades Públicas Empresariais, bem como os Gabinetes de apoio quer dos membros do Governo, quer dos titulares dos órgãos referidos no parágrafo anterior, sem prejuízo da aplicação aos actuais trabalhadores de funções públicas que exercem actualmente funções nessas entidades.

O nº 2 do artigo 114º prevê que os trabalhadores referidos no artigo 88º e seguintes mantenham o direito a beneficiar dos regimes de protecção social pelos quais estavam abrangidos, sem prejuízo da sua convergência com os regimes do sistema de segurança social.

[1] Os pontos 1, 2 e 3.1, estão em conformidade com a Orientação Técnica do Instituto de Segurança Social, IP (ISS,IP) n.º 15/09, com as devidas adaptações.

2. Protecção social dos trabalhadores que exercem funções públicas [2]

Com a Lei 4/2009, de 29 de Janeiro é aprovado o regime de protecção social dos trabalhadores a que se aplica a Lei 12-A/2008, ou seja, todos os trabalhadores que exercem funções públicas.

Esta protecção social concretiza-se através da integração num dos **dois tipos de regimes** previstos:

O Regime Geral de Segurança Social dos Trabalhadores por Conta de Outrem e o **Regime de Protecção Social Convergente.**

O **Regime de Protecção Social Convergente** está consagrado no Capítulo III deste diploma e aplica-se aos trabalhadores que sejam titulares de relação jurídica de emprego público constituída até 31 de Dezembro de 2005, independentemente da modalidade de vinculação e mesmo que vejam alterada a sua relação jurídica de emprego público, designadamente por mudança da modalidade de vinculação ou por aplicação de instrumentos de mobilidade.

No **Regime Geral de Segurança Social** são enquadrados os trabalhadores que foram admitidos como funcionários ou agentes a partir de 1 de Janeiro de 2006 e estavam inscritos no Regime Geral de Segurança Social para as eventualidades invalidez, velhice e morte, em virtude da Caixa Geral de Aposentações ter deixado de proceder à inscrição de subscritores, bem como os trabalhadores cuja relação jurídica de emprego foi constituída até 31 de Dezembro de 2005 e que já estavam inscritos no Regime Geral de Segurança Social em todas as eventualidades (contrato individual de trabalho).

Assim, para efeitos de protecção social, os trabalhadores que exercem funções públicas podem dividir-se em quatro grupos distintos:

a) Os **trabalhadores abrangidos pelo Regime de Protecção Social Convergente** que correspondem aos trabalhadores que constituíram relação jurídica de emprego público até 31 de Dezembro de 2005, que se encontravam abrangidos pelo Regime de Protecção Social da Função Pública, salvo as situações dos docentes e militares que se encontravam a descontar para o Regime Geral de Segurança Social à taxa de 4,9% e 3% para protecção no desemprego e que se mantém até à regulamentação prevista no artigo 29º da Lei 4/2009, de 29 de Janeiro.

[2] Os pontos 1, 2 e 3.1, estão em conformidade com a Orientação Técnica do Instituto de Segurança Social, IP (ISS,IP) n.º 15/09, com as devidas adaptações.

b) Os **trabalhadores, titulares de relação jurídica de emprego constituída até 31 de Dezembro de 2005 e outros contratados posteriormente, abrangidos pelo Regime Geral de Segurança Social para todas as eventualidades** (trabalhadores admitidos em regime de contrato individual de trabalho);

c) Os **trabalhadores que constituíram uma relação jurídica de emprego público entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2008, e que só se encontravam inscritos no Regime Geral de Segurança Social para invalidez, velhice e morte** e cuja protecção social é agora alargada, passando a estar abrangidos para todas as eventualidades. Deste universo, aos trabalhadores que mantiveram ou passaram a nomeação definitiva, nos termos dos nºs 1 e 2 do art. 88.º da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro e dos nºs 1 e 2 do artigo 4º do Decreto Legislativo Regional n.º1/2009/M, de 12 de Janeiro, e aos trabalhadores que transitaram de nomeação definitiva para contrato por tempo indeterminado nos termos do nº 4 do referido art.º 88.º e da opção prevista n.º1 do artigo 4º do Decreto Legislativo Regional n.º1/2009/M, de 12 de Janeiro, o pagamento das prestações de desemprego é efectuado pelas respectivas entidades empregadoras,

d) Os **trabalhadores que exercem funções públicas admitidos a partir de 1 de Janeiro de 2009**, que são abrangidos pelo Regime Geral de Segurança Social para todas as eventualidades, salvaguardando-se, no entanto, as situações previstas no art. 10.º da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, em que o pagamento das prestações na eventualidade desemprego fica a cargo das respectivas entidades empregadoras.

3. Definição de Procedimentos

A entrada em vigor do regime de protecção social dos trabalhadores que exercem funções públicas aconselha a fixação de um entendimento sobre a matéria e bem assim a definição de procedimentos para o período transitório, a fim de uma actuação uniforme entre o Centro de Segurança Social da Madeira e os demais serviços da administração pública, directa e indirecta, e da administração autárquica.

3.1 – Taxas contributivas [3]

Atendendo que têm sido suscitadas dúvidas relativamente às taxas contributivas aplicáveis, no âmbito da segurança social, esclarece-se que as taxas contributivas a aplicar às diferentes relações jurídicas em que se enquadram os trabalhadores que exercem funções públicas são as seguintes:

[3] Os pontos 1, 2 e 3.1, estão em conformidade com a Orientação Técnica do Instituto de Segurança Social, IP (ISS,IP) n.º 15/09, com as devidas adaptações.

a) Os **trabalhadores integrados no regime convergente**, ou seja os trabalhadores que constituíram relação jurídica de emprego público até 31 de Dezembro de 2005, continuam abrangidos pelo regime de protecção social da função pública e não efectuam descontos para a Segurança Social, **salvo as seguintes situações:**

a. Docentes abrangidos pelo Decreto-Lei 67/2000 de 26 de Abril, a que se aplica a taxa de **4,9%,** para protecção no desemprego.

b. Militares em regime de voluntariado e contrato abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 320-A/2000, de 15 de Dezembro, alterado pelos Decretos-Lei n.º 118/2004, de 21 de Maio e 320/2007, de 27 de Setembro, a que se aplica a taxa de 3%, para protecção no desemprego.

b) Aos **trabalhadores que, por terem constituído uma relação jurídica de emprego até 31 de Dezembro de 2005 ou, em algumas situações, posteriormente a essa data, em regime de contrato individual de trabalho**, não se encontravam abrangidos pelo regime de protecção social da função pública, mas antes se encontravam inscritos no Regime Geral de Segurança Social para todas as eventualidades, continua a aplicar-se a taxa contributiva geral (**34,75%** ou **31,60%,** consoante se trate de entidades com ou sem fins lucrativos), excepto os que passaram a nomeados a partir de 01.01.2009, em que se aplicam as taxas previstas na Portaria nº 292/2009, de 23 de Março, de **29,60%** ou **26,70%,** consoante se trate de entidades com ou sem fins lucrativos, cuja redução resulta do facto de o pagamento do montante das prestações sociais na eventualidade de desemprego ser da responsabilidade das entidades empregadoras, nos termos do artigo 10º da Lei nº 4/2009, de 29 de Janeiro.

c) Aos **trabalhadores que constituíram uma relação jurídica de emprego público entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2008, e que só se encontravam inscritos no Regime Geral de Segurança Social para invalidez, velhice e morte e ainda, no caso dos militares e docentes contratados,** (que descontavam à taxa de 23,08%, no caso dos militares 26,08% e dos docentes 27,98%) **e cuja protecção social é agora alargada a todas as eventualidades, aplica-se a taxa contributiva geral (34,75%** ou **31,60%,** consoante se trate de entidades com ou sem fins lucrativos), salvo, para os trabalhadores da Administração Regional nos casos que mantiveram ou passaram a nomeação definitiva, ou que passaram de nomeação definitivamente a contrato de trabalho em funções públicas, a que se aplicam as taxas previstas na Portaria nº 292/2009, de 23 de Março, de **29,60%** ou **26,70%,** consoante se trate de entidades com ou sem fins lucrativos, cuja redução resulta do facto de o pagamento do montante das prestações sociais na eventualidade de desemprego ser da responsabilidade das entidades empregadoras, nos termos do artigo 10º da Lei nº 4/2009, de 29 de Janeiro.

d) Aos **trabalhadores que exercem funções públicas admitidos a partir de 1 de Janeiro de 2009, abrangidos pelo Regime Geral de Segurança Social para todas as eventualidades, aplica-se a taxa contributiva geral** (**34,75%** ou **31,60%**, consoante se trate de entidades com ou sem fins lucrativos), salvo nos casos dos trabalhadores com nomeação a que se refere o art.º 10.º da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, isto é, os nomeados em carreiras específicas previstas nesse artigo, aos quais se aplicam as taxas previstas na Portaria nº 292/2009, de 23 de Março, de **29,60%** ou **26,70%**, consoante se trate de entidades com ou sem fins lucrativos, cuja redução resulta do facto de o pagamento do montante das prestações sociais na eventualidade de desemprego ser da responsabilidade das entidades empregadoras, nos termos do artigo 10º da Lei nº 4/2009, de 29 de Janeiro.

3.2 – Prestações sociais - Procedimentos para situações a transitar / informações sobre como proceder em casos novos

Conforme disposto no n.º 2 do art.º 30.º da Lei n.º 4/2009, de 29 de Janeiro, aos trabalhadores cuja relação jurídica de emprego tenha sido constituída entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2008, é aplicável o regime constante no Decreto Lei nº 117/2006, de 20 de Junho, caso ocorram as eventualidades de doença, parentalidade, desemprego e doença profissional, sempre que necessário.

De acordo com o art.º 7.º do Decreto Lei n.º 117/2006, nas situações em que a transição do regime de protecção social ocorra durante o período em que esteja a ser concedida protecção na doença ou na parentalidade ao trabalhador, o direito à protecção social mantém-se nos termos do regime aplicável à data em que se verificou a transição, devendo a entidade empregadora proceder aos respectivos pagamentos.

Para as **eventualidades ocorridas após 1 de Janeiro de 2009**, para o universo dos trabalhadores integrados no Regime Geral de Segurança Social (referidos nas alíneas b), c) e d) do ponto 2, supra), compete à segurança social atribuir todas as prestações previstas na lei (prestações de invalidez, velhice e morte, prestações de doença e parentalidade, prestações familiares e, nos casos aplicáveis (apenas aos trabalhadores com a taxa de 34,75% ou 31,60%) prestações de desemprego.

Para as situações a transitar para a segurança social, deverão as entidades remeter por ofício ao Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM):

- No caso de doença, os originais, ou fotocópias autenticadas pelos serviços, dos Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) para o Trabalho;

- No caso da parentalidade, Requerimentos dos trabalhadores, nos impressos a seguir indicados (a reproduzir de acordo com as necessidades), devidamente preenchidos e acompanhados pela documentação solicitada nos mesmos:

a) Mod 1500, para os trabalhadores que gozaram as licenças de maternidade, paternidade, parental, adopção e riscos específicos, ao abrigo da legislação antiga, revogada pelo Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril.

b) Modelos 1553, para os subsídios parental e parental alargado

c) Modelos 1555, para os subsídios por adopção e adopção e adopção alargada

d) Modelo 1556, para os subsídios de risco clínico durante a gravidez, interrupção da gravidez e riscos específicos

e) Modelo 1557, para os subsídios para assistência a filho

f) Modelo 1558, para os subsídios para assistência a filho com deficiência ou doença crónica

g) Modelo 1559, para os subsídios para assistência a neto por nascimento ou por doença ou acidente.

Casos novos

Para as eventualidades **de doença e de parentalidade que ocorram a partir do mês de Setembro de 2009**, estão preenchidas as condições para ao CSSM atribuir as respectivas prestações, que serão pagas, em princípio, no mês seguinte à apresentação do Certificado de Incapacidade Temporária e do Requerimento, respectivamente.

Os trabalhadores requerentes deverão seguir os procedimentos previstos nas legislações aplicáveis, competindo-lhes apresentar os Requerimentos (para a parentalidade) e Certificados de Incapacidade para o Trabalho (para a doença) nos serviços de atendimento do Centro de Segurança Social da Madeira.

As condições de atribuição das prestações e prazos a cumprir poderão ser consultados no sítio da Internet, www.seg-social.pt .

a) Prestações familiares

- Situações a transitar (prestações familiares com efeitos a Janeiro de 2009, asseguradas pelas entidades empregadoras)

Para as situações a transitar para a segurança social, deverão as entidades remeter por ofício ao Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM) os impressos a seguir indicados (a reproduzir de acordo com as necessidades), **devidamente preenchidos e acompanhados pela documentação solicitada nos mesmos:**

- Modelos 1565 e 1566, para abono de família para crianças e jovens
- Modelos 1567 e 1572, para abono de família pré-natal)
- Modelo 1370, para bonificação por deficiência
- Modelo 1369, para subsídio mensal vitalício e subsídio por assistência de 3ª pessoa

Assim que forem deferidas as prestações, o CSSM notificará o trabalhador requerente dos respectivos montantes e simultaneamente informará a entidade empregadora, para os efeitos considerados convenientes.

- Casos novos

Quanto aos **novos casos**, os interessados devem seguir os procedimentos previstos nas legislações aplicáveis e devem apresentar os requerimentos de prestações familiares nos serviços de atendimento do CSSM.

b) Prestações de doença e parentalidade

As prestações de doença e de parentalidade são asseguradas pela segurança social, desde que os trabalhadores tenham preenchidas as condições legais para o efeito, ié, desde que tenham cumprido o prazo de garantia de 6 meses de remunerações.

O cálculo das prestações é efectuado com base nas remunerações declaradas nos primeiros 6 meses civis que precedem o 2º mês anterior ao mês em que ocorreu a eventualidade.

- Situações a transitar (impedimentos por doença ou parentalidade ocorridos entre 1 de Janeiro e 31 de Agosto de 2009, cujas prestações foram asseguradas pelas entidades empregadoras)

Nos casos em que ocorreram eventualidades de doença ou de parentalidade, após 1 de Janeiro de 2009, para efeitos de aplicação do Decreto-Lei nº 117/2006, de 20 de Junho, nas situações previstas no nº 2 do artigo 30º da Lei nº 4/2009, é necessário a regularização das situações de enquadramento dos respectivos trabalhadores, bem como o pagamento retroactivo das contribuições à segurança social.

Com efeito, para os **eventos de doença e de parentalidade que ocorreram até Junho de 2009**, não estavam ainda preenchidos os prazos de garantia necessários à atribuição das prestações, nem as remunerações declaradas à segurança social permitiam o cálculo correcto das prestações. Se os eventos **ocorreram entre Julho e Setembro de 2009**, estão satisfeitos os prazos de garantia mas as remunerações declaradas não permitem que as prestações sejam calculadas correctamente.

Assim, para operacionalizar o disposto no Decreto Lei 117/2006, de 20 de Junho, identificado o beneficiário como trabalhador da administração pública, o CSSM regulariza o seu enquadramento de modo que fique assegurada a protecção nessa eventualidade desde o mês mais antigo que é necessário ao cálculo da prestação.

A regularização do enquadramento determina a aplicação de uma taxa contributiva adicional, fixada em função do custo da eventualidade a proteger, de acordo com o Decreto Lei n.º 200/99, de 8 de Junho, e que incide sobre as remunerações declaradas entre o referido mês mais antigo e o mês de Dezembro de 2008.

Assim que forem deferidas as prestações, o CSSM notificará o trabalhador requerente dos respectivos montantes e simultaneamente informará a entidade empregadora dos valores pagos bem como dos retroactivos de contribuições que a entidade deverá pagar à segurança social.

Os montantes das contribuições correspondentes às taxas adicionais devem ser pagos na banca, devendo ser feitos tantos pagamento quantos os valores apurados por mês de referência.

> Por exemplo: *Doença ocorrida entre 01 e 31 de Julho de 2009 de um trabalhador.* Para pagamento da prestação subsídio por doença é necessário o pagamento retroactivo das contribuições, (necessárias para o período do cálculo), de Novembro e Dezembro de 2008, sendo a taxa de 2,80% a correspondente à eventualidade de doença. Supondo que o valor a pagar a título de taxa adicional é de 40,00 € em cada mês, devem, nos actos de pagamento, ser indicado à banca o NIF e 40,00 € referentes a Novembro de 2008 e 40,00 € referentes a Dezembro de 2008.

4- Informações diversas

O regime jurídico aplicável às prestações por encargos familiares é o constante do Decreto-Lei nº 176/2003, de 2 de Agosto, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 245/2008, de 18 de Dezembro.

O regime jurídico da protecção social na parentalidade é o estabelecido no Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril e ainda o disposto no Código de Trabalho aprovado pela Lei n.º 7 /2009, de12 de Fevereiro.

À protecção social na doença é aplicável o regime jurídico estabelecido no Decreto-Lei n.º 28/2004 de 4 de Fevereiro e ainda no Decreto-Lei n.º 146/2005 de 26 de Agosto.

À protecção no desemprego é aplicável o regime jurídico previsto no Decreto Lei nº 220/ 2006, de 3 de Novembro, na redacção dada pelo Decreto lei 68/2009, de 20 de Março e ainda o Decreto lei n.º 150/2009 de 30 de Junho.

O regime jurídico aplicável à protecção social na velhice, invalidez e sobrevivência consta do Decreto Lei n.º 187/2007, de 10 de Maio, e no Decreto Lei n.º 322/90 de 18 de Outubro e Lei 7/2001, de 11 de Maio.

Para esclarecimentos adicionais, poderá ser consultado o sítio da Internet, www.seg-social.pt .

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA MATERNIDADE, PATERNIDADE E ADOPÇÃO

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES

☐ Maternidade ☐ Paternidade ☐ Licença Parental ☐ Adopção ☐ Riscos Específicos

1. Identificação da pessoa a quem se destina a prestação

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Nome do pai

Nome da mãe

Morada

C. Postal –

Localidade

A preencher, apenas, no caso de não ter número de identificação de segurança social

Naturalidade:

País — Distrito — Concelho

Freguesia — Nacionalidade

Documento de Identificação (Certidão Registo Civil, B.I., etc.) — N.º — de (Ano / Mês / Dia)

2. Identificação do requerente

(A preencher no caso da prestação ser requerida pelo representante legal da pessoa identificada no bloco 1)

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Nome do pai

Nome da mãe

Morada

C. Postal –

Localidade

(continua no verso)

07/2008

2. Identificação do requerente (continuação)

A preencher, apenas, no caso de não ter número de identificação de segurança social

Naturalidade:

País _____ Distrito _____ Concelho _____

Freguesia _____ Nacionalidade _____

Documento de Identificação _____ N.º _____ de | | | | | | | | |
(Certidão Registo Civil, B.I., etc.) Ano Mês Dia

3. Elementos relativos às prestações

Maternidade

Situações que determinam o pedido da prestação (assinale a situação que lhe corresponde)

A preencher se for trabalhadora

☐ Licença de maternidade
- ☐ antes do parto. Data previsível do parto ___/___/___
- ☐ depois do parto, ocorrido em ___/___/___

Período de concessão pretendido: ☐ 120 dias ☐ 150 dias

No caso de nascimento de gémeos, indique o n.º ☐

Pretende gozar a licença de acréscimo de 30 dias, por cada gémeo, além do primeiro? ☐ Sim (1) ☐ Não

☐ Risco clínico. Data previsível do parto ___/___/___

☐ Interrupção da gravidez. Data da ocorrência ___/___/___

A preencher se não for trabalhadora

☐ Parto. Data do parto ___/___/___

No caso de nascimento de gémeos, indique o n.º ☐

(1)Neste caso, o período de impedimento a indicar no quadro 5 deve incluir o período de licença de acréscimo de 30 dias, por cada gémeo, além do primeiro.

Paternidade

Foi requerido subsídio de maternidade? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, indique o nome da instituição _____

Data do nascimento do filho ___/___/___

Situações que determinam o pedido da prestação (assinale a situação que lhe corresponde)

☐ Período de 5 dias.

☐ Morte da mãe

☐ Incapacidade física ou psíquica da mãe

☐ Decisão conjunta dos pais.

Adopção

Data da confiança judicial ou administrativa ___/___/___

A preencher se for trabalhador(a)

Decisão conjunta dos adoptantes? ☐ Sim ☐ Não

(continua na pág. seguinte)

4. Outros elementos

(A preencher no caso de requerimento de prestações de maternidade, paternidade e adopção)

Elementos relativos ao outro progenitor ou adoptante

Nome completo

Data de Nascimento ____/____/____ (Ano Mês Dia) Nº Identificação (2)

Exerce actividade profissional remunerada? ☐ Sim ☐ Não

Nome da entidade empregadora

Instituição pela qual está abrangido (4)

Assinatura do progenitor/adoptante não requerente

(2) De Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro.

5. Situação profissional

Período do impedimento para o trabalho de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____

No caso de estar ou ter estado abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro) nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição _____

e período de ____/____/____ a ____/____/____ ; de ____/____/____ a ____/____/____

A preencher no caso de prestação por riscos específicos

☐ **Trabalhador por conta de outrem** ☐ **Trabalhador independente**

Categoria/Actividade profissional

Morada do local de trabalho

☐ Trabalho nocturno

☐ Exposição a substância(s) nociva(s) ou tóxica(s)

Outras condições de trabalho _____

6. Certificação do empregador

Nome completo

Nº Identificação de Segurança Social

(continua no verso)

6. Certificação do empregador (continuação)

Confirmo os elementos relativos à situação profissional da trabalhadora. Declaro que:

- ☐ Foi apresentada certificação médica, comprovativa do impedimento
- ☐ Não é possível atribuir à trabalhadora grávida o exercício de funções ou local de trabalho compatíveis com o seu estado de risco clínico
- ☐ Não é possível atribuir à trabalhadora o exercício de funções, local de trabalho ou horário diurno compatíveis com o seu estado de risco específico
- ☐ Não foi paga qualquer remuneração relativa ao período do impedimento para o trabalho
- ☐ Foi paga remuneração no período de ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___

___/___/___ Assinatura e carimbo

7. Modo de pagamento

A prestação pode ser paga por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

8. Certificação do requerente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de que devo comunicar ao serviço de segurança social qualquer facto que determine a suspensão ou cessação da prestação, no prazo de 5 dias úteis a partir da data da sua verificação.

___/___/___ Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

9. Certificação da Direcção Regional do Trabalho

(A preencher no caso de prestação por riscos específicos)

___/___/___ Assinatura e carimbo

10. Local e prazo de entrega

O Requerimento deve ser apresentado nos serviços de segurança social, no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da protecção.

11. Documentos a apresentar

Consulte a Folha Anexa ao Requerimento (Mod. 1502 - CSSM).

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO. AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

☐ Parental ☐ Parental alargado

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação da(s) pessoa(s) a quem se destina(m) o(s) subsídio(s) (1)

Mãe

Nome

Data de Nascimento (Ano Mês Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

Pai

Nome

Data de Nascimento (Ano Mês Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

2. Elementos relativos ao subsídio parental

2.1 Subsídio parental: inicial/inicial exclusivo da mãe/inicial exclusivo do pai e correspondentes subsídios sociais

Data do parto ___/___/___

A mãe é trabalhadora? ☐ Sim ☐ Não

O pai é trabalhador? ☐ Sim ☐ Não

Houve nascimento de gémeos? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu Sim, indique:**

- qual o número de crianças nascidas ☐
- se pretende gozar os 30 dias de acréscimo, por cada criança além da primeira: ☐ Sim ☐ Não
- se o pai pretende gozar os 2 dias de acréscimo ao período de 10 dias obrigatórios do **subsídio parental inicial exclusivo do pai**, por cada criança além da primeira: ☐ Sim ☐ Não
- se o pai pretende gozar os 2 dias de acréscimo ao período de 10 dias facultativos do **subsídio parental inicial exclusivo do pai**, por cada criança além da primeira: ☐ Sim ☐ Não

(continua no verso)

(1) 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, Mod. 1554 - CSSM (Mod. RP 5049-1-DGSS).

08/2009

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO. AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

2. Elementos relativos ao subsídio parental

2.1 Subsídio parental: inicial/inicial exclusivo da mãe/inicial exclusivo do pai e correspondentes subsídios sociais (continuação)

A mãe e o pai partilham a licença parental inicial ou o período de duração do subsídio? ☐ Sim ☐ Não

Se **respondeu Sim**, indique o período de licença/impedimento para o trabalho

☐ 120 dias ☐ 150 dias ☐ 150 dias (120 + 30) ☐ 180 dias (150 + 30) ☐ outro _____ dias

No caso de ser trabalhadora, indique se a licença foi iniciada antes do parto ☐ Sim ☐ Não

Indique os períodos de impedimento para o trabalho correspondentes às opções assinaladas, incluindo os relativos aos períodos de acréscimo por nascimento de gémeos, se for caso disso:

Mãe

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2)

Pai

Indique, o período relativo ao **subsídio parental inicial exclusivo do pai** (assinale uma ou ambas as opções):

☐ 10 dias obrigatórios (indique o n.º de dias úteis)

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐;

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐

☐ 10 dias facultativos (indique o n.º de dias úteis)

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐;

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐

Períodos relativos ao subsídio parental inicial partilhado

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2)

Se respondeu Não, assinale o período pretendido de acordo com o(s) requerente(s) do subsídio:

☐ **Mãe**

☐ 120 dias ☐ 150 dias ☐ outro _____ dias

☐ Apenas pelo período correspondente ao do **subsídio parental inicial exclusivo da mãe**.

No caso de ser trabalhadora, indique se a licença foi iniciada antes do parto ☐ Sim ☐ Não

Indique o período de impedimento para o trabalho incluindo o relativo ao período de acréscimo por nascimento de gémeos, se for caso disso: de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2)

☐ **Pai (assinale uma ou ambas as opções e indique os períodos de impedimento para o trabalho** incluindo os relativos aos períodos de acréscimo por nascimento de gémeos, se for caso disso)

☐ Pelo período relativo ao **subsídio parental inicial exclusivo do pai:**

☐ 10 dias obrigatórios (indique o n.º de dias úteis)

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐;

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐

☐ 10 dias facultativos (indique o n.º de dias úteis)

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐;

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐; de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐

☐ Pelo restante do período da licença parental inicial após o gozo obrigatório das seis semanas da mãe: N.º de dias ☐

de ___/___/___ a ___/___/___; n.º de dias ☐ (2);

(continua na pág. seguinte)

2.2 Subsídio parental inicial /social parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro

O pedido é motivado por:

☐ Incapacidade física ou psíquica do outro progenitor

☐ Morte do outro progenitor. Data do óbito ___/___/___

Indique o período de impedimento para o trabalho: de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)

2.3 Outros elementos

No caso de estar ou ter estado abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro) nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respectivo período.

(2);

Mãe

Nome da instituição _____

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

Pai

Nome da instituição _____

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

3. Elementos relativos ao subsídio parental alargado

Indique o período de impedimento para o trabalho (assinale uma ou as duas opções, conforme a situação):

☐ **Mãe** de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)

☐ **Pai** de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)

4. Elementos relativos ao outro progenitor (A preencher no caso do outro progenitor não estar identificado no quadro 1)

Nome completo _____

Data de Nascimento ____ (Ano) ____ (Mês) ____ (Dia) N° Identificação de Seg. Social _____

Exerce actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu Sim,** indique:

- Nome da Instituição pela qual está abrangido: _____
  (Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)
- Pretende gozar ou já gozou a licença parental? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu sim,** indique o(s) período(s) de impedimento para o trabalho:

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)

- Pretende gozar ou já gozou a licença parental alargada? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu sim,** indique o período de impedimento para o trabalho:

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐

(continua na pág. seguinte)

(2) Indique o número de dias seguidos. Veja a situação de excepção no exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

5. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB).

Mãe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pai |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nota: mesmo que o NIB seja o mesmo, deve ser indicado nos dois campos. Na falta destes elementos ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

6. Certificação do(s) requerente(s)

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de 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.

Mãe ou representante legal

____/____/____

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

Pai ou representante legal

____/____/____

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

7. Informações

Este formulário destina-se a ser preenchido por um ou dois destinatários do subsídio.

Consulte a Folha Anexa a este requerimento, para obter informações relativas aos subsídios/instruções de preenchimento e documentos a apresentar.

8. Local e prazo de entrega

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da protecção:**

- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, 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.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

☐ Adopção ☐ Adopção por licença alargada

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação do(s) requerente(s) (pessoa(s) a quem se destina(m) o subsídio)

A candidata a adoptante

Nome

Data de Nascimento (Ano Mês Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

O candidato a adoptante

Nome

Data de Nascimento (Ano Mês Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

2. Elementos relativos ao subsídio por adopção

2.1 Subsídio por adopção inicial/social por adopção inicial

Data da confiança judicial ou administrativa ___/___/___

O(s) adoptado(s) é(são) filho(s) do cônjuge ou da pessoa com quem o requerente vive em união de facto? ☐ Sim ☐ Não

A candidata a adoptante é trabalhadora? ☐ Sim ☐ Não

O candidato a adoptante é trabalhador? ☐ Sim ☐ Não

Houve adopções múltiplas? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu Sim**, indique:

- qual o número de crianças adoptadas ☐
- se pretende gozar os 30 dias de acréscimo, por cada criança adoptada além da primeira: ☐ Sim ☐ Não

(continua no verso)

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

05/2009

2. Elementos relativos ao subsídio por adopção (continuação)

Os candidatos a adoptantes partilham a licença por adopção ou o período de duração do subsídio? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique o período de licença/impedimento para o trabalho:

☐ 120 dias ☐ 150 dias ☐ 150 dias (120 + 30) ☐ 180 dias (150 + 30) ☐ outro _____ dias

Indique os períodos de impedimento para o trabalho correspondentes ao subsídio e opção assinalada, incluindo o relativo ao período de acréscimo por adopções múltiplas, se for caso disso:

A candidata a adoptante

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1);
de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1)

O candidato a adoptante

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1);
de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1); de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1)

Se respondeu Não, assinale o período pretendido de acordo com o(s) requerente(s) do subsídio:

☐ **A candidata a adoptante** ☐ **O candidato a adoptante**

☐ Pela totalidade do período de duração do subsídio: ☐ 120 dias ☐ 150 dias
☐ outro _____ dias

Indique o período de impedimento para o trabalho incluindo o relativo ao período de acréscimo por adopções múltiplas, se for caso disso: de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1)

2.2 Subsídio por adopção/social por adopção em caso de impossibilidade de um adoptante

O pedido é motivado por:

☐ Incapacidade física ou psíquica do adoptante
☐ Morte do adoptante. Data do óbito ___/___/___

Indique o período de impedimento para o trabalho: de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (1)

2.3 Outros elementos

No caso de estar ou ter estado abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro) nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respectivo período.

A candidata a adoptante

Nome da instituição _____

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

O candidato a adoptante

Nome da instituição _____

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

(continua na página seguinte)

(1) Indique o número de dias seguidos. Veja exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

3. Adopção por licença alargada

Indique o período de impedimento para o trabalho (assinale uma ou as duas opções, conforme a situação):

☐ **A candidata a adoptante**

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)

☐ **O candidato a adoptante**

de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)

4. Elementos relativos ao outro adoptante (A preencher no caso do outro adoptante não estar identificado no quadro 1)

Nome completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Exerce actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu Sim**, indique:

- Nome da Instituição pela qual está abrangido: _____
  (Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro).
- Pretende gozar ou já gozou a licença por adopção? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu sim**, indique o(s) período(s) de impedimento para o trabalho:
  de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);
  de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2);de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐ (2)
- Pretende gozar ou já gozou a licença alargada por adopção? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu sim**, indique o período de impedimento para o trabalho:
  de ___/___/___ a ___/___/___ ; n.º de dias ☐

5. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB).

A candidata a adoptante

O candidato a adoptante

Nota: mesmo que o NIB seja o mesmo, deve ser indicado nos dois campos. Na falta destes elementos ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

6. Certificação do(s) requerente(s)

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de 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.

___/___/___ **A candidata a adoptante**

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

___/___/___ **O candidato a adoptante**

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

(continua no verso)

(2) Indique o número de dias seguidos. Veja exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

7. Informações

Este formulário destina-se a ser preenchido por um ou dois destinatários do subsídio.

Consulte a Folha Anexa a este requerimento, para obter informações relativas ao subsídio/Instruções de preenchimento e documentos a apresentar.

8. Local e prazo de entrega

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da protecção:**

- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, 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.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

ABONO DE FAMÍLIA PRÉ-NATAL - TRANSFERÊNCIA DE PROCESSO DE ORGANISMOS PÚBLICOS

TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS

FOLHA DE CONTINUAÇÃO

1. Elementos relativos ao requerente

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Morada

C. Postal —

Localidade — Telefone

2. Elementos do agregado familiar

2.1 Composição do agregado familiar

Nº DE ORDEM	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO/ OUTRA SITUAÇÃO*
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

* Por exemplo: pai, mãe, irmão, irmã, etc.

2.2 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano de 2008 (Indique pela mesma ordem referida em 2.1)

Nº de Ordem	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.2 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
8	,	
9	,	
10	,	
11	,	
12	,	
13	,	
14	,	

, Total parcial

, Se preencheu Folha de Continuação - indique o respectivo total

, TOTAL GLOBAL

08/2009

(continua no verso) →

3. Certificação

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Nome do Organismo _____

_____

____/____/____ _____

Assinatura e carimbo

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

ABONO DE FAMÍLIA PRÉ-NATAL - TRANSFERÊNCIA DE PROCESSO DE ORGANISMOS PÚBLICOS

TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO A FOLHA ANEXA DE INFORMAÇÕES / INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

1. Elementos relativos ao requerente

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Morada

C. Postal —

Localidade — Telefone

2. Elementos do agregado familiar

2.1 Composição do agregado familiar

Nº DE ORDEM	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO/ OUTRA SITUAÇÃO*
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

* Por exemplo: pai, mãe, irmão, irmã, etc.

2.2 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano de 2008 (indique pela mesma ordem referida em 2.1)

Nº de Ordem	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.2 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
1	,	
2	,	
3	,	
4	,	
5	,	
6	,	
7	,	
	,	Total parcial
	,	Se preencheu Folha de Continuação - indique o respectivo total
	,	TOTAL GLOBAL

(continua no verso) →

08/2009

2. Elementos do agregado familiar - continuação

2.4 Outras informações

Os membros do agregado familiar indicados no **Quadro 2.1** vivem todos em economia familiar? ☐ Sim ☐ Não

Se não, identifique-os e indique o motivo _____

_____

Indique o n.º de crianças ou jovens com direito ao abono de família integrados no agregado familiar ☐☐

2.5 A preencher se houver elementos do agregado familiar a residir e/ou a trabalhar fora do território nacional

Nº DE ORDEM	DESIGNAÇÃO DO PAÍS DE RESIDÊNCIA	DESIGNAÇÃO DO PAÍS DE TRABALHO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

3. Modo de pagamento

A prestação pode ser paga por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

4. Certificação

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Nome do Organismo _____

_____

___/___/___ _____

Assinatura e carimbo

5. Documentos a apresentar

- Fotocópias dos seguintes documentos relativos aos membros do agregado familiar:
  - documento de identificação válido (certidão de registo civil, bilhete de identidade, boletim de nascimento, passaporte, etc)
  - Cartão de Identificação Fiscal
- Documento comprovativo de residência em território nacional no caso de cidadão estrangeiro.
- Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária.
- Certificação Médica do Tempo de Gravidez, Mod. 1454.v03

(continua no verso) →

6. Informações

Agregado Familiar

Para além das Crianças ou Jovens com direito ao abono, integram o respectivo agregado familiar as seguintes pessoas que com ele(s) vivam em economia familiar:

- Conjuge ou pessoa em união de facto há mais de dois anos;
- Parentes e afins, em linha recta e em linha colateral até ao 2° grau, decorrentes de relações de direito ou de facto (por exemplo: avós, pais, irmãos, filhos, enteados, padrastos e madrastas);
- Adoptantes e adoptados ;
- Tutores e tutelados ;
- Crianças e jovens confiados por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito a qualquer dos elementos do agregado familiar ;

Consideram-se em economia familiar as pessoas que vivam em comunhão de mesa e habitação e tenham estabelecido entre si uma vivência comum de entreajuda e partilha de recursos.

Para o apuramento dos rendimentos do agregado familiar da criança ou jovem

São considerados:

- Rendimentos do trabalho dependente;
- Rendimentos empresariais e profissionais*;
- Rendimentos de capitais;
- Rendimentos prediais;
- Pensões;
- Prestações sociais compensatórias da perda ou inexistência de rendimentos de trabalho, como por exemplo: doença, desemprego, maternidade e rendimento social de inserção.

*** Relativamente aos trabalhadores independentes, a determinação dos rendimentos efectua-se através da aplicação dos coeficiente previstos no Código do IRS que corresponde, actualmente, a 70% do valor dos serviços prestados e a 20% do valor das vendas de mercadorias e produtos.**

Não são considerados os rendimentos relativos às prestações garantidas no âmbito do subsistema de protecção familiar.

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

ABONO DE FAMÍLIA PARA CRIANÇAS E JOVENS - TRANSFERÊNCIA DE PROCESSO DE ORGANISMOS PÚBLICOS

TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS

FOLHA DE CONTINUAÇÃO

1. Elementos relativos ao requerente

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Morada

C. Postal —

Localidade — Telefone

2. Elementos do agregado familiar - além das crianças ou jovens com direito a abono já identificados no ponto 2. do Mod. 1565 - CSSM

2.1 Composição do agregado familiar

Nº DE ORDEM	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO/ OUTRA SITUAÇÃO*
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

* Por exemplo: pai, mãe, irmão, irmã, etc.

2.2 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano de 2007 (indique pela mesma ordem referida em 2.1)

Nº de Ordem	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.2 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
8	,	
9	,	
10	,	
11	,	
12	,	
13	,	
14	,	
	,	Total parcial
	,	Se preencheu Folha de Continuação - indique o respectivo total
	,	TOTAL GLOBAL

(continua no verso) →

08/2009

2. Elementos do agregado familiar - continuação

2.3 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano de 2008 (indique pela mesma ordem referida em 2.1)

Nº de Ordem	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.3 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
8	,	
9	,	
10	,	
11	,	
12	,	
13	,	
14	,	
	,	Total parcial
	,	Se preencheu Folha de Continuação - indique o respectivo total
	,	TOTAL GLOBAL

3. Certificação

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Nome do Organismo _____

_____

___/___/___ _____

Assinatura e carimbo

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

ABONO DE FAMÍLIA PARA CRIANÇAS E JOVENS - TRANSFERÊNCIA DE PROCESSO DE ORGANISMOS PÚBLICOS

TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO A FOLHA ANEXA DE INFORMAÇÕES / INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

1. Elementos relativos ao requerente

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Morada

C. Postal

Localidade — Telefone

2. Elementos relativos às crianças ou jovens

2.1 Identificação

Nome Completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

2.2 Identificação

Nome Completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

2.3 Identificação

Nome Completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Assinale com X a situação do requerente, relativamente à criança ou jovem

- ☐ Pai/Mãe ou equiparado
- ☐ Representante legal
- ☐ Entidade que tem a criança ou jovem à sua guarda
- ☐ Pessoa idónea que viva em comunhão de mesa e habitação com a criança ou jovem
- ☐ Pessoa a quem a criança ou jovem está confiada administrativa ou judicialmente
- ☐ O próprio jovem (com idade superior a 18 anos)

Atenção: Nos casos em que a criança/jovem se encontra **internada** em estabelecimento de apoio social, centro de acolhimento, centro tutelar educativo ou de detenção, **preencha, apenas, os quadros nºs 2, 4 e 5.**

(continua no verso) →

08/2009

3. Elementos do agregado familiar - além das crianças ou jovens com direito a abono já identificados no ponto 2.

3.1 Composição do agregado familiar

Nº DE ORDEM	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO/ OUTRA SITUAÇÃO*
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

* Por exemplo: pai, mãe, irmão, irmã, etc.

3.2 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano de 2007 (indique pela mesma ordem referida em 3.1)

Nº de Ordem	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.2 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
1	,	
2	,	
3	,	
4	,	
5	,	
6	,	
7	,	
	,	Total parcial
	,	Se preencheu Folha de Continuação - indique o respectivo total
	,	TOTAL GLOBAL

3.3 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano de 2008 (indique pela mesma ordem referida em 3.1)

Nº de Ordem	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.3 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
1	,	
2	,	
3	,	
4	,	
5	,	
6	,	
7	,	
	,	Total parcial
	,	Se preencheu Folha de Continuação - indique o respectivo total
	,	TOTAL GLOBAL

(continua na página seguinte) →

3. Elementos do agregado familiar - continuação

3.4 Outras informações

Os membros do agregado familiar indicados no **Quadro 3.1** vivem todos em economia familiar? ☐ Sim ☐ Não

Se não, identifique-os e indique o motivo _____

_____

Indique o n.º de crianças ou jovens com direito ao abono de família integrados no agregado familiar ☐☐

3.5 A preencher se houver elementos do agregado familiar a residir e/ou a trabalhar fora do território nacional

Nº DE ORDEM	DESIGNAÇÃO DO PAÍS DE RESIDÊNCIA	DESIGNAÇÃO DO PAÍS DE TRABALHO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

4. Modo de pagamento

A prestação pode ser paga por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

5. Certificação

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Nome do Organismo _____

_____

___/___/___ _____

Assinatura e carimbo

6. Documentos a apresentar

- Fotocópias dos seguintes documentos relativos aos membros do agregado familiar:
  - documento de identificação válido (certidão de registo civil, bilhete de identidade, boletim de nascimento, passaporte, etc)
  - Cartão de Identificação Fiscal
- Documento comprovativo de residência em território nacional no caso de cidadão estrangeiro.
- Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária.

Jovens dos 16 aos 24 anos

- Fotocópia do cartão de estudante ou documento comprovativo da matrícula passado pelo estabelecimento de ensino ou declaração do mesmo comprovativa da impossibilidade de matrícula.

(continua no verso) →

7. Informações

Agregado Familiar

Para além das Crianças ou Jovens com direito ao abono, integram o respectivo agregado familiar as seguintes pessoas que com ele(s) vivam em economia familiar:

- Conjuge ou pessoa em união de facto há mais de dois anos;
- Parentes e afins, em linha recta e em linha colateral até ao 2° grau, decorrentes de relações de direito ou de facto (por exemplo: avós, pais, irmãos, filhos, enteados, padrastos e madrastas);
- Adoptantes e adoptados ;
- Tutores e tutelados ;
- Crianças e jovens confiados por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito a qualquer dos elementos do agregado familiar ;

Consideram-se em economia familiar as pessoas que vivam em comunhão de mesa e habitação e tenham estabelecido entre si uma vivência comum de entreajuda e partilha de recursos.

Para o apuramento dos rendimentos do agregado familiar da criança ou jovem

São considerados:

- Rendimentos do trabalho dependente;
- Rendimentos empresariais e profissionais*;
- Rendimentos de capitais;
- Rendimentos prédiais;
- Pensões;
- Prestações sociais compensatórias da perda ou inexistência de rendimentos de trabalho, como por exemplo: doença, desemprego, maternidade e rendimento social de inserção.

*** Relativamente aos trabalhadores independentes, a determinação dos rendimentos efectua-se através da aplicação dos coeficiente previstos no Código do IRS que corresponde, actualmente, a 70% do valor dos serviços prestados e a 20% do valor das vendas de mercadorias e produtos.**

Não são considerados os rendimentos relativos às prestações garantidas no âmbito do subsistema de protecção familiar.

Pagamento das Prestações

Se, no mesmo agregado familiar estiver já a ser pago abono de família para crianças e jovens , o pagamento do abono a outra criança/jovem deverá ser efectuado à mesma pessoa, independentemente de ser outro o requerente.

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A NETO

☐ **Nascimento** ☐ **Doença ou acidente** (1)

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 9 E 10

1. Identificação do requerente (pessoa que presta a assistência)

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2

☐ Avô/Equiparado ☐ Avó/Equiparada

2. Identificação do neto/equiparado

Nome completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) Nº Identificação de Seg. Social

3. Elementos relativos ao subsídio por nascimento de neto/equiparado

Nome do menor de 16 anos

Data de Nascimento Nº Identificação de Seg. Social

O neto, **filho de menor de 16 anos**, vive em comunhão de mesa e de habitação com o requerente do subsídio? ☐ Sim ☐ Não

A assistência a neto é partilhada pelos avós? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique no quadro 5 o período de impedimento para o trabalho do outro avô.

Se respondeu Não, indique, relativamente ao outro avô:

Exerce actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não

Está impossibilitado de prestar assistência? ☐ Sim ☐ Não

Requereu o subsídio pelo mesmo motivo? ☐ Sim ☐ Não

(continua no verso)

(1) O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho emitido pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.

05/2009

4. Elementos relativos ao subsídio por doença ou acidente de neto/equiparado

A necessidade de assistência ao neto motivou a falta ao trabalho de outro avô? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, indique, **relativamente ao outro avô:**

Nome completo

Nº Identificação de Seg. Social

Nome da instituição pelo qual está abrangido _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

Indique, relativamente aos progenitores:

Exercem actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não

Estão impossibilitados de prestar assistência? ☐ Sim ☐ Não

Requereram o subsídio pelo mesmo motivo? ☐ Sim ☐ Não

Identificação do progenitor impedido de prestar assistência

Nome completo

Data de Nascimento Ano Mês Dia

Nº Identificação de Seg. Social

5. Elementos relativos ao cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

Data de Nascimento Ano Mês Dia

Nº Identificação de Seg. Social

Exerce actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não **Se respondeu Sim,** indique, o nome da Instituição pela qual está abrangido:

_____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

Período de impedimento para o trabalho de ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___

6. Períodos de impedimento para o trabalho do requerente e outros elementos

De ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___

No caso de estar ou ter **estado abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e respectivo período:

_____

de ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___

(continua na pág. seguinte)

7. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

8. Certificação do requerente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Tomei conhecimento de 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.

____/__/____ _____

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

9. Documentos a apresentar

Para todos

- Formulário Mod. 1240.v03 (Mod. RV 1005-DGSS) ou Mod. 143.v04 (RV 1009-DGSS), no caso do requerente não estar identificado na segurança social.
- Formulário Mod. 1403 (Mod. RV 1013-DGSS), para cidadão nacional ou Mod. 1406 (RV 1014-DGSS), para cidadão estrangeiro, no caso do filho não estar identificado na segurança social.
- Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária.

Em caso de nascimento

- Declaração do médico do estabelecimento ou serviço de saúde comprovativa do parto ou apresentação de documento de identificação civil do neto;

Em caso de doença ou acidente

- Declaração médica que indique o período de impedimento para o trabalho necessário para garantir a assistência inadiável e imprescindível ao neto.

ATENÇÃO: No seu próprio interesse **mantenha a sua morada actualizada** na segurança social. Pode utilizar:

- de preferência, o serviço *online* Segurança Social Directa, na INTERNET em www.seg-social.pt;
- o formulário Mod. 1517 (Mod. MG02-DGSS), o qual pode obter nos serviços de atendimento da segurança social ou através da INTERNET, naquele mesmo endereço, na opção formulários.

10. Local e prazo de entrega

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

- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, 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.

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação do requerente (pessoa que presta a assistência)

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Telefone _____ E-mail _____

Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2

☐ Pai/Mãe/Equiparado ☐ Adoptante ☐ Tutor
☐ Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa ☐ Outro _____

2. Elementos relativos ao filho/equiparado

Nome completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente? ☐ Sim ☐ Não

É titular de Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação ou de Subsídio Mensal Vitalício? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

3. Elementos relativos ao cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Exerce actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique, o nome da Instituição pela qual está abrangido:

_____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

Requereu o mesmo subsídio pelo mesmo motivo? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique o período de impedimento para o trabalho: de ___/___/___ a ___/___/___

Está impossibilitado de prestar assistência? ☐ Sim ☐ Não

(continua no verso)

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

05/2009

4. Períodos de impedimento para o trabalho do requerente e outros elementos

De ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

No caso de estar ou ter estado **abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e respectivo período

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

5. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

6. Certificação do requerente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Tomei conhecimento de 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.

___/___/___

_____
Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

7. Documentos a apresentar

1. Para todos

- Declaração médica que comprove a necessidade de assistência.
- Formulário Mod. 1240.v03 (Mod. RV 1005-DGSS) ou Mod. 143.v04 (RV 1009-DGSS), no caso do requerente não estar identificado na segurança social.
- Formulário Mod. 1403 (Mod. RV 1013-DGSS), para cidadão nacional ou Mod. 1406 (RV 1014-DGSS), para cidadão estrangeiro, no caso do filho não estar identificado na segurança social.
- Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária.

2. No caso de filho com deficiência

- Para além dos identificados no ponto 1, declaração médica comprovativa da situação de deficiência. **(a)**

3. No caso de filho com doença crónica

- Para além dos identificados no ponto 2, declaração médica comprovativa da doença crónica. **(b)**

(a) 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.
(b) Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e já tiver sido apresentada anteriormente a respectiva declaração.

ATENÇÃO: No seu próprio interesse **mantenha a sua morada actualizada** na segurança social. Pode utilizar:

- de preferência, o serviço *online* Segurança Social Directa, na INTERNET em www.seg-social.pt;
- o formulário Mod. 1517 (Mod. MG02-DGSS), o qual pode obter nos serviços de atendimento da segurança social ou através da INTERNET, naquele mesmo endereço, na opção formulários.

8. Local e prazo de entrega

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

- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, 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.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO (1)

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação do requerente (pessoa que presta a assistência)

Nome

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Nº Identificação Fiscal — Cód. Rep. Finanças

Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2

☐ Pai/Mãe/Equiparado ☐ Adoptante ☐ Tutor
☐ Pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa ☐ Outro _____

Telefone _____ E-mail _____

2. Elementos relativos ao filho/equiparado

Nome completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

É titular de Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação ou de Subsídio Mensal Vitalício? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

A responder, no caso de o filho ter mais de 18 anos:

Está integrado no agregado familiar do requerente? ☐ Sim ☐ Não

3. Elementos relativos ao cônjuge do requerente/equiparado

Nome completo

Data de Nascimento (Ano / Mês / Dia) — Nº Identificação de Seg. Social

Exerce actividade profissional? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique o nome da Instituição pela qual está abrangido:

_____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)

Requereu o mesmo subsídio pelo mesmo motivo? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique o período de impedimento para o trabalho: de ___/___/___ a ___/___/___

Está impossibilitado de prestar assistência? ☐ Sim ☐ Não

(continua no verso)

(1) O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho emitido pelos serviços competentes do Serviço Regional de Saúde.

05/2009

4. Períodos de impedimento para o trabalho do requerente e outros elementos

De ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

No caso de estar ou ter estado abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro) nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e respectivo período:

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

5. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

6. Certificação do requerente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Tomei conhecimento de 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.

___/___/___

_____
Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

7. Documentos a apresentar

1. **Para todos**
   - Declaração médica que indique a necessidade de prestar assistência inadiável e imprescindível ao filho;
   - Formulário Mod. 1240.v03 (Mod. RV 1005-DGSS) ou Mod.143.v04 (RV 1009-DGSS), no caso do requerente não estar identificado na segurança social.
   - Formulário Mod. 1403 (Mod. RV 1013-DGSS), para cidadão nacional ou Mod. 1406 (RV 1014-DGSS), para cidadão estrangeiro, no caso do filho não estar identificado na segurança social.
   - Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária.
2. **No caso de filho com deficiência**
   - Declaração médica comprovativa da situação de deficiência. (a)
3. **No caso de filho com doença crónica**
   - Declaração médica comprovativa da doença crónica. (b)

(a) 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.
(b) Esta declaração é dispensada no caso do filho ter idade igual ou superior a 12 anos e já tiver sido apresentada anteriormente a respectiva declaração.

ATENÇÃO: No seu próprio interesse **mantenha a sua morada actualizada** na segurança social. Pode utilizar:
- de preferência, o serviço *online* Segurança Social Directa, na INTERNET em www.seg-social.pt;
- o formulário Mod. 1517 (Mod. MG02-DGSS), o qual pode obter nos serviços de atendimento da segurança social ou através da INTERNET, naquele mesmo endereço, na opção formulários.

8. Local e prazo de entrega

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar do 1.º dia de impedimento para o trabalho:**
- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, 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.

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

☐ **Risco clínico durante a gravidez (1)** ☐ **Interrupção da gravidez (1)** ☐ **Riscos específicos**

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação da requerente

Nome _____

Data de Nascimento ____ (Ano / Mês / Dia) Nº Identificação de Seg. Social _____

Nº Identificação Fiscal _____ Cód. Rep. Finanças _____

Telefone _____ E-mail _____

2. Elementos relativos aos subsídios

Assinale com X as situações que lhe correspondem

☐ **Risco clínico durante a gravidez** Data previsível do parto ___/___/___

☐ **Interrupção da gravidez** Data da ocorrência ___/___/___

☐ **Riscos específicos**

Exerce actividade independente ou está abrangida pelo regime do seguro social voluntário? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique as condições em que exerce a actividade:

☐ Trabalho nocturno

☐ Exposição a agentes ou processo ou condições de trabalho que constituam risco para a segurança e saúde

3. Períodos de impedimento para o trabalho e outros elementos

Período do impedimento para o trabalho de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

No caso de estar ou **ter estado abrangida por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respectivo período:

_____

de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___ ; de ___/___/___ a ___/___/___

4. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

_____

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

(continua no verso)

(1) O requerimento do subsídio é dispensado se a situação for comprovada através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho emitido pelos serviços competentes do Serviço Regional de Saúde.

05/2009

5. Certificação da requerente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de 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.

___/___/___ Assinatura da requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

6. Certificação do empregador (a preencher pelo empregador no caso de **subsídio por riscos específicos**)

Nome completo

Nº Identificação de Segurança Social

☐ Não é possível atribuir à trabalhadora grávida, puérpera e lactante um horário de trabalho diurno compatível

☐ Não é possível atribuir à trabalhadora grávida, puérpera e lactante tarefas que evitem a exposição a agentes, processos ou condições de trabalho que constituam risco para a sua segurança e saúde

___/___/___ Assinatura e carimbo

7. Documentos a apresentar

Para todos os subsídios

- Documento da instituição bancária comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária;
- Formulário Mod.1240.v03 (Mod. RV 1005-DGSS) ou Mod. 143.v04 (RV 1009-DGSS), no caso da requerente não estar identificada na segurança social.

Subsídio por risco clínico durante a gravidez/Subsídio social por risco clínico durante a gravidez

- Declaração médica comprovativa da situação de risco clínico com indicação do período de impedimento para o trabalho.

Subsídio por interrupção da gravidez/Subsídio social por interrupção da gravidez

- Declaração médica comprovativa da situação de interrupção da gravidez com indicação do período de impedimento para o trabalho (este período deve ser graduado entre 14 a 30 dias).

Subsídio por riscos específicos/Subsídio social por riscos específicos (apenas se a requerente exercer actividade independente ou estiver abrangida pelo regime do seguro social voluntário)

- Declaração médica efectuada por médico do trabalho ou por instituição ou serviço integrado no serviço nacional de saúde, comprovando o desempenho do trabalho nocturno ou de exposição a agente ou processos ou condições de trabalho que constituam risco.

ATENÇÃO: No seu próprio interesse **mantenha a sua morada actualizada** na segurança social. Pode utilizar:

- de preferência, o serviço *online* Segurança Social Directa, na INTERNET em www.seg-social.pt;
- o formulário Mod. 1517 (Mod. MG02-DGSS), o qual pode obter nos serviços de atendimento da segurança social ou através da INTERNET, naquele mesmo endereço, na opção formulários.

8. Local e prazo de entrega

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

- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, 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.

OS DADOS CONSTANTES DESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PRESTAÇÕES FAMILIARES

REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA

☐ **Regime contributivo** ☐ **Regime não contributivo**

Assinale com um ☒ a quadrícula respectiva

1. Identificação da criança/jovem

Nome Completo

Data de Nascimento (Dia / Mês / Ano) Nº Identificação de Seg. Social

2. Elementos relativos ao beneficiário (a preencher no caso de regime contributivo)

Nome Completo

Data de Nascimento (Dia / Mês / Ano) Nº Identificação de Seg. Social

3. Elementos relativos ao requerente
(a preencher se o pedido não for apresentado pelo beneficiário ou pelo jovem identificado no campo 1)

Nome Completo

Data de Nascimento (Dia / Mês / Ano) Nº Identificação de Seg. Social

Documento de Identificação _____ (Certidão Registo Civil, Bilhete de Identidade, etc.) N.º _____ de (Dia / Mês / Ano)

Morada

C. Postal ___ – ___

Localidade Telefone

Relação do requerente com a criança ou jovem _____

4. Elementos do agregado familiar (A preencher no caso de regime não contributivo)

4.1. Composição

N.º DE ORDEM	NOME COMPLETO	PARENTESCO COM A CRIANÇA/JOVEM
1	Criança/jovem	
2		
3		
4		
5		
6		
7		

(continua no verso)

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO

10/2008

4.2. Rendimentos mensais ilíquidos (indique pela mesma ordem do quadro anterior)

N.º DE ORDEM	TRABALHO	BOLSAS DE FORMAÇÃO	PENSÕES	OUTRAS PREST. SOCIAIS (1)	SUBSÍDIO RENDA DE CASA	BENS IMOBILIÁRIOS(2)	BENS MOBILIÁRIOS(3)	OUTROS RENDIMENTOS(4)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

(1) Subsídio de Doença/Desemprego
(2) Prediais
(3) Capitais/Acções/Obrigações do Estado
(4) Quaisquer outras receitas: pensão de alimentos, outras

5. Certificação

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

__/__/__

Assinatura do beneficiário/requerente ou de outrem a seu rogo conforme Bilhete de Identidade

Informações

Quem pode requerer

No caso de regime contributivo (Abrange, por ex. trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes)
Beneficiário e respectivo cônjuge; pessoa com quem a criança/jovem viva e o tenha à sua guarda e cuidados; o próprio jovem com idade superior a 16 anos.

No caso de regime não contributivo (Pessoas não abrangidas por qualquer sistema de protecção social e em situação de carência)
Quem provar ter a cargo a criança/jovem; o próprio jovem com idade superior a 14 anos.

Documentos a apresentar

No caso de regime contributivo
Fotocópia de documento de identificação válido (bilhete de identidade, certidão do registo civil, boletim de nascimento, passaporte) da criança/jovem para quem é requerida a bonificação, e do requerente, se a prestação não for requerida pelo beneficiário.

No caso de regime não contributivo
Fotocópias:

- Dos seguintes documentos relativos à criança/jovem para quem é requerida a bonificação, aos membros do agregado familiar e ao requerente:
  - de identificação válido (bilhete de identidade, certidão do registo civil, boletim de nascimento, passaporte);
  - do cartão de identificação de segurança social, se estiverem inscritos;
  - do cartão de identificação fiscal, se o possuírem.
- Declaração de rendimentos para efeitos de IRS do jovem, quando aplicável, e dos membros do agregado familiar;
- Documento comprovativo das remunerações auferidas pelos membros do agregado familiar da criança/jovem;

Documento comprovativo de que a criança/jovem vive e está à guarda e cuidados de outra pessoa/entidade, se for essa a situação.

Local e Prazo de entrega

O requerimento deve ser apresentado, nos serviços da Segurança Social, no prazo de seis meses contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou a deficiência.

No caso de requerer após aquele prazo, a prestação será paga, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

Certificado Médico (A preencher pelo médico)

Nome completo do médico _____ ,

portador da Cédula Profissional nº _____ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que,

no exercício da sua actividade profissional, observou _____

_____ cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde __/__/____

portador da seguinte deficiência, a qual determina ou pode vir a determinar, na criança/jovem, os efeitos abaixo indicados:

Deficiência

Por perda ☐ Congénita ☐ De estrutura ☐ } Psicológica ☐ Intelectual ☐

Por anomalia ☐ Adquirida ☐ De função ☐ } Fisiológica ☐ Anatómica ☐

Natureza da Deficiência

Permanente ☐ Não permanente ☐

Efeitos no desenvolvimento da Criança/Jovem

_____

_____

_____

Situação em que se encontra a Criança/Jovem

☐ Necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida como meio de impedir o seu agravamento, anular ou atenuar os seus efeitos e permitir a sua plena integração social.

Natureza do atendimento individualizado: ☐ pedagógico ☐ terapêutico

Condições em que deve ser prestado o atendimento individualizado

_____

_____

_____

_____

_____

(Especificação da Forma de Atendimento)

☐ Frequenta, está internado ou em condições de frequência ou de internamento em estabelecimento especializado de reabilitação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está devidamente anotada e guardada em

_____

(Identificação do Ficheiro Clínico)

__/__/____ _____

Assinatura do médico

Confirmação da Autoridade de Saúde caso o certificado médico seja emitido por médico não especialista na deficiência.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

REGISTO DE ENTRADA

CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

PRESTAÇÕES FAMILIARES

☐ **Requerimento de Subsídio Mensal Vitalício**

☐ **Requerimento de Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa**

Assinale com um ☒ a quadrícula respectiva

1. Elementos relativos ao beneficiário

1.1. Identificação

Nome Completo

Data de Nascimento (Dia Mês Ano) — Nº Identificação de Seg. Social

Morada

C. Postal —

Localidade — Telefone

Parentesco com o(s) descendente(s) _____

1.2. Situação profissional

Se nos últimos 14 meses esteve abrangido por outro regime de protecção social obrigatório, indique o nome das instituições (1) :

_____

_____

e períodos de __/__/____ a __/__/____ e de __/__/____ a __/__/____

Se recebe pensão de invalidez /velhice ou aposentação, indique o nome da última instituição de segurança social (1) para onde descontou:

_____

(1) Caixa de Previdência; Caixa Geral de Aposentações ou outra instituição

2. Elementos relativos ao requerente (a preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

Nome Completo

Data de Nascimento (Dia Mês Ano) — Nº Identificação de Seg. Social

Morada

C. Postal —

Localidade — Telefone

Assinale com um ☒ a situação de requerente:

☐ Cônjuge do beneficiário ☐ Pessoa com quem o descendente viva e o tenha à sua guarda e cuidados ☐ O próprio descendente com idade superior a 16 anos.

(continua no verso)

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO

10/2005

3. Elementos relativos ao descendente para quem é requerido o subsídio

3.1. Identificação

Nome completo

Data de Nascimento (Dia / Mês / Ano) — Nº Identificação de Seg. Social

Estado civil

3.2. Situação em que se encontra o descendente

Está abrangido por um regime de protecção social obrigatório? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique:

Nº de Beneficiário — nome da Instituição

Vive a cargo e em comunhão de mesa e de habitação com o beneficiário? Sim ☐ Não ☐ Se não, indique:

Motivo

Morada

C. Postal —

Localidade — Telefone

A preencher se o subsídio for requerido para descendente casado (*)

Rendimento Mensal Líquido do Descendente

Rendimento Mensal Líquido do Cônjuge do Descendente

TOTAL

(*) Ou descendente separado de pessoas e bens, divorciado ou viúvo. No caso de descendente separado de pessoas e bens, divorciado ou viúvo deve, apenas, declarar o seu rendimento.

3.3. Situação de acumulação

Está a ser recebido ou foi requerido o mesmo subsídio a outra instituição ou através de outro beneficiário? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique:

Nome do beneficiário

Nº de Beneficiário — nome da Instituição

4. A preencher se requerer Subsídio Mensal Vitalício

O descendente possui incapacidade intelectual, psicológica ou anatómica que o impossibilite de prover normalmente à sua subsistência pelo exercício de actividade profissional? Sim ☐ Não ☐

O descendente recebe ou requereu pensão social? Sim ☐ Não ☐

5. A preencher se requerer Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa

O descendente tem autonomia para realizar os actos indispensáveis à satisfação das suas necessidades básicas? Sim ☐ Não ☐

A assistência é prestada por período igual ou superior a 6 horas diárias? Sim ☐ Não ☐

Nome das pessoas que prestam assistência

data de início da prestação de assistência / /

O descendente recebe ou requereu Subsídio por Frequência de Estabelec. de Educação Especial? Sim ☐ Não ☐

(continua na página seguinte)

6. Modo de pagamento do subsídio

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta, será utilizado outro meio de pagamento.

7. Certificação

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

___/___/___

Assinatura do beneficiário/requerente ou de outrem a seu rogo conforme Bilhete de Identidade

Documentos a Apresentar

Para todos:
Fotocópias de:

- Documento de identificação válido (bilhete de identidade, certidão do registo civil, boletim de nascimento, passaporte) do descendente e do requerente, se a prestação não for requerida pelo beneficiário;
- Cartão de Identificação de Segurança Social do beneficiário, do requerente e do descendente se estiver inscrito;
- Cartão de identificação fiscal do beneficiário e do descendente, se o possuírem;
- Documento emitido pelo banco ou talão do Multibanco comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por transferência bancária.

Documento comprovativo de que o descendente vive e está à guarda e cuidados de outra pessoa/entidade, se for essa a situação.

Subsídio Mensal Vitalício

- Informação Médica, **MOD. 1200.01 - CSSM (Mod. SVI007 - DGSSS)**

Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa

- Informação Médica, **Mod. 1200.01 - CSSM (Mod. SVI007 - DGSSS)**
- Fotocópia de documento de identificação válido da(s) pessoa(s) que presta(m) assistência

Local e Prazo de Entrega

O requerimento deve ser apresentado nos Serviços da Segurança Social, no prazo de seis meses contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou o facto determinante da concessão.

No caso de requerer após aquele prazo, a prestação será paga, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento (*).

(*) No Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa, se à data do requerimento não se verificar, ainda, a assistência de terceira pessoa, a prestação só terá início a partir do mês em que a mesma se efective.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI