



## Complemento Regional para Idosos

### Atualização de Dados / Entrega da Prova de Rendimentos

**Nota Explicativa:** A preencher quando o requerente já entregou requerimento inicial, mas pretende atualizar e/ou alterar dados relevantes para a atribuição do Complemento Regional para Idosos. Deve ser preenchido apenas os campos que pretendem comunicar a alteração / atualização.

#### 1 - Dados Relativos ao Requerente (Preenchimento Obrigatório)

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal: \_\_\_\_\_

N.º de Identificação de Segurança Social: \_\_\_\_\_

#### 2 - Alteração de Morada / Contactos

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### 3 - Alteração da Forma de Pagamento

- Forma de Pagamento:
- Transferência Bancária (Comprovativo do IBAN em anexo)
- Vale Postal CTT (Comprovativo de morada em anexo)

#### 4 - Alteração/ Atualização dos Documentos de Apresentação Obrigatória (Quando Aplicável)

- Declaração IRS ou Certidão de Dispensa de Entrega de Declaração de IRS
- Documento Comprovativo de Pensão auferida no Estrangeiro
- Documento Comprovativo do Representante Legal

#### 5 - Declaração de Honra e Autorização para o Tratamento de Dados (Preenchimento Obrigatório)

**Declaro que reúno os requisitos previstos no artigo 3.º da Portaria n.º 50/2022, de 22 de fevereiro, na sua redação atual.**

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

Autorizo os serviços competentes do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM a proceder

diretamente à averiguação dos elementos necessários à comprovação da veracidade das declarações prestadas no presente requerimento.

Autorizo os serviços competentes da Secretaria Regional de Inclusão Social e Cidadania, da Secretaria Regional das Finanças e dos CTT - Correios de Portugal, S.A. a proceder diretamente ao tratamento dos

elementos necessários para efeitos de atribuição, processamento e pagamento do Complemento Regional para Idosos.

Declaro que tomei conhecimento das informações relevantes para efeitos de recolha e tratamento dos meus dados pessoais, constantes no verso deste documento.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Ano / Mês / Dia)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do requerente ou do seu representante legal)