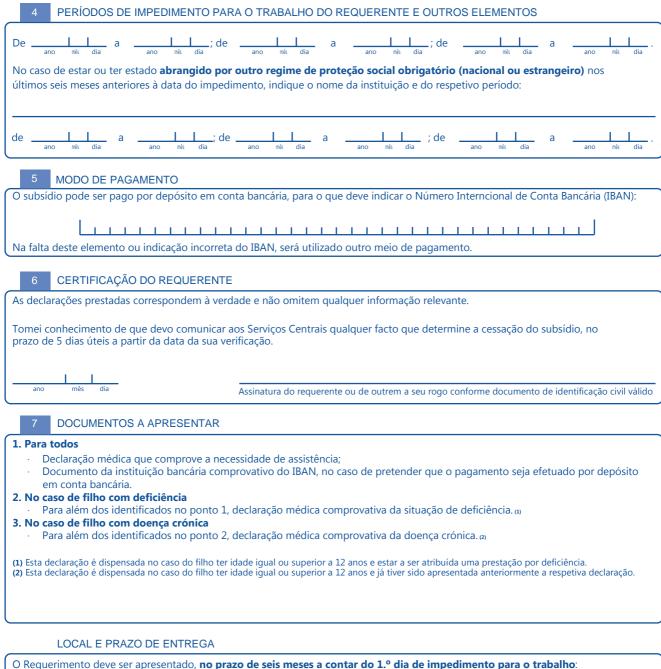


PROTEÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA

Antes de preencher leia a informação dos quadros 7 e 8

1 IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE (pessoa que presta a assistência)
Nome completo
Data de nascimento
N.º de Identificação Fiscal
Assinale com um x a situação de requerente relativamente à pessoa identificada no quadro 2
Pai /Mãe /Equiparado
2 ELEMENTOS RELATIVOS AO FILHO / EQUIPARADO
Nome completo
Data de nascimento N.º Segurança Social
Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente? Sim Não
Éstada de Abarra de Farrilla nom Crimana a la como como Parificação en de Cobeldia Manasla Visalidada Co
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
Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora (Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo
Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora (Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro)
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
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
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
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 N.º Subscritor da CGA
Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora (Segurança Social, Caixa de Previdencia, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro) 3 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE DO REQUERENTE / EQUIPARADO Nome completo Data de nascimento Indique o nome da instituição pela qual está abrangido
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 N.º Subscritor da CGA Exerce atividade profissional? Sim Não
Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora (Segurança Social, Caixa de Previdencia, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro) Se respondeu Sim, indique o nome da instituição pagadora N.º Subscritor da CGA Exerce atividade 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)





na Reitoria dos Serviços Centrais da Universidade de Lisboa, em suporte papel.