

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 ano mês dia N.º Subscritor da CGA

N.º de Identificação Fiscal Código do Serviço de Finanças

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

Pai /Mãe /Equiparado Adotante 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 N.º Segurança 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 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)

Requeriu o mesmo subsídio pelo mesmo motivo? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o período de impedimento para o trabalho: de ano mes dia a ano mes dia

Está impossibilitado de prestar assistência? Sim Não

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 proteção social obrigatório (nacional ou estrangeiro)** nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respetivo 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 Internacional de Conta Bancária (IBAN):

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN, 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 aos Serviços Centrais 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 civil válido

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

1. Para todos

- Declaração médica que comprove a necessidade de assistência;
- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de pretender que o pagamento seja efetuado 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. ⁽¹⁾

3. No caso de filho com doença crónica

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

(1) 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.

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

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:**

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