



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO

Complemento por Dependência **Revisão do Complemento por Dependência**

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

Nome completo						
Data de nascimento	<table><tr><td>ano</td><td>mês</td><td>dia</td></tr></table>	ano	mês	dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
ano	mês	dia				
N.º de Identificação Fiscal						
Telemóvel / Telefone	E-mail					
O pedido é efetuado na qualidade de: <input type="checkbox"/> requerente de pensão ou <input type="checkbox"/> pensionista de ⁽¹⁾						
<input type="checkbox"/> Beneficiário não pensionista portador de qualquer uma das doenças indicadas no quadro 7.4 suscetível de originar invalidez						
(1) Indique uma das seguintes situações: Pensão de Invalidez, Velhice ou Sobrevivência, Pensão Social de Velhice, Pensão de Orfandade ou de Viuvez.						

2 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE ⁽¹⁾ (A preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

Nome completo						
Data de nascimento	<table><tr><td>ano</td><td>mês</td><td>dia</td></tr></table>	ano	mês	dia	N.º de Identificação Fiscal	
ano	mês	dia				
Morada						
Localidade						
Código postal						
Telemóvel / Telefone	E-mail					
(1) Familiares, outras pessoas ou instituições que prestam ou estejam disponíveis para prestar a assistência.						

3 ELEMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRESTADA

3.1 Tipo de assistência

<input type="checkbox"/> Realização de serviços domésticos	<input type="checkbox"/> Apoio à locomoção	<input type="checkbox"/> Em lar subsidiado
<input type="checkbox"/> Apoio nos cuidados de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Apoio na alimentação	<input type="checkbox"/> Outra

3.2 Situação da pessoa dependente

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Outra situação
----------------------------------	---

(continua na pág. seguinte)

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

3 ELEMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRESTADA (continuação)

3.3 Modalidade da assistência (nome da(s) pessoa(s) ou instituição (instituições) que presta(m) a assistência):

Nome completo	<input type="text"/>		
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Data de início da prestação da assistência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ano	mês	dia

Nome completo	<input type="text"/>		
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Data de início da prestação da assistência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ano	mês	dia

4 OUTRAS DECLARAÇÕES

Exerce profissão remunerada por conta própria ou por conta de outrem? Sim Não

Recebe pensão (pensões), Complemento por Dependência ou prestação análoga⁽¹⁾ de outro(s) organismo(s), nacional ou estrangeiro?

Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Valor mensal

Entidade(s) pagadora(s)

<input type="text"/>	, <input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	, <input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	, <input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>

A situação de dependência foi provocada por ato da responsabilidade de terceiro? Sim Não

Se assinalou **Sim**, deve anexar o RP 5074 devidamente preenchido

(1) Considera-se prestação análoga a que tenha por objetivo a proteção na situação de dependência.

5 A PREENCHER NO CASO DE REVISÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

Fundamentos que justificam o pedido:

6 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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

Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

ano mês dia

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

7 INFORMAÇÕES

7.1 Conta Bancária

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- pela Internet, na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt
- nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG14. O formulário encontra-se disponível em www.seg-social.pt

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

7.2 Documentos a apresentar

Documentos de identificação válidos (Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade ou título de Permanência/Residência, no caso de cidadão estrangeiro) do beneficiário, do requerente e da(s) pessoa(s) ou da instituição que presta(m) assistência, se for o caso.

Documento de identificação fiscal do beneficiário.

Documento de identificação válido do rogado, no caso de assinatura a rogo.

7.3 Local de entrega

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social e pode ser entregue conjuntamente com o requerimento da pensão ou posteriormente.

7.4 Quem tem direito ao Complemento por Dependência

Pensionista ou requerente de Pensão de Invalidez, de Velhice ou de Sobrevivência, Pensão Social de Velhice ou de Sobrevivência, Pensão de Orfandade ou de Viuvez.

Beneficiário não pensionista, portador de uma das seguintes doenças: Paramiloidose Familiar, doença Machado-Joseph, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Esclerose Múltipla, Foro Oncológico, Esclerose Lateral Amiotrófica, Parkinson, Alzheimer, doenças raras ou outras.

Titular da Prestação Social para a Inclusão.

7.5 Quem pode prestar assistência

Uma ou várias pessoas em conjugação, desde que não se encontrem carecidas de autonomia, incluindo familiares do titular da prestação. Instituições no âmbito de apoio domiciliário ou outras, nomeadamente os serviços de telealarme.

Estabelecimentos de apoio social oficial ou particular com ou sem fins lucrativos.

ATENÇÃO

Se for convocado para realizar o exame médico de avaliação da situação de dependência, no dia marcado para o efeito deve apresentar devidamente preenchida a Informação Médica, SVI 7, a obter nos serviços de atendimento da Segurança Social.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos Serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do: beneficiário/requerente ou rogado está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro _____

Número _____ Validade _____
ano mês dia _____

Assinatura e carimbo da Segurança Social