

PRESTAÇÕES FAMILIARES REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Regime Contributivo
 Regime Não Contributivo
 Assinale com um a quadrícula respectiva

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES

1. Elementos relativos ao requerente (*)

Nome completo

Data de Nascimento N.º Identificação de Segurança Social

Ano Mês Dia

Morada

C. Postal -

Localidade Telefone

Relação do requerente com a criança/jovem _____

(*) Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança/jovem com deficiência a cargo.

2. Elementos relativos à criança/jovem com deficiência

Nome completo

Data de Nascimento N.º Identificação de Segurança Social

Ano Mês Dia

Tipo de atendimento de que necessita

Frequência de estabelecimento de educação especial (1), na modalidade de:

 Internato Externato Semi-Internato

Apoio individual por professor especializado

(1) Só são considerados os estabelecimentos de ensino especial reconhecidos pelo Ministério da Educação.

3. Elementos do agregado familiar no ano anterior (ver instruções de preenchimento no verso)

Nome completo	Data de nascimento	Parentesco com o requerente	Receitas anuais líquidas
Criança/Jovem com deficiência			
Total			<input type="text"/>
Montante anual da renda ou amortização da habitação			<input type="text"/>

(continua no verso)

Documentos a apresentar

■ Fotocópias

- Dos seguintes documentos relativos à criança/jovem para quem é requerido o subsídio, aos membros do agregado familiar e ao requerente:
 - de identificação válido (bilhete de identidade, certidão de nascimento, boletim de nascimento, passaporte);
 - do cartão de identificação fiscal, se o possuírem.
- do boletim de matrícula ou documento que o substitua, no caso de frequência de estabelecimento de educação especial
- de documento da instituição bancária, comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por depósito em conta bancária.
- **Mod. RP5020-A-DGSS, no caso da criança ou jovem necessitar de apoio individual** por professor especializado e frequentar estabelecimento de ensino regular que não possa assegurar esse apoio
- **Declaração comprovativa de que o apoio individual é prestado por profissional especializado** na deficiência em causa, no caso da criança ou jovem necessitar desse tipo de atendimento
- **Declaração da entidade empregadora** comprovativa do não pagamento, ao encarregado de educação, de qualquer subsídio para o mesmo fim, no caso de estar abrangido pelo regime contributivo

Local e prazo de entrega

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social, no mês anterior ao do início do ano lectivo (1) , no caso de frequência de estabelecimento ou no decurso do ano lectivo, nos casos de posterior verificação da deficiência ou conhecimento da existência de vaga ou outra circunstância atendível.

(1) Considera-se ano lectivo o período fixado por determinação dos serviços competentes do Ministério da Educação, para o funcionamento do respectivo estabelecimento.

(continua no verso)

OS DADOS CONSTANTES DESTA 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

Certificado médico (*) (a preencher pelo médico)

Nome completo do médico _____, portador da
Cédula Profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Médicos _____,
especialista em _____ declara que,
no exercício da sua actividade profissional, observou _____
cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde ____/____/____, portador de deficiência, motivada por
redução permanente de capacidade Física Motora Orgânica Sensorial Intelectual
que determina o seguinte quadro:

Efeitos produzidos pela deficiência:

Tipo de atendimento de que necessita:

Estabelecimento de Educação Especial Estabelecimento Particular de Ensino Regular
Creche ou Jardim de Infância Apoio Individual

Condições em que o atendimento deve ser prestado e respectiva fundamentação:

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

Identificação do Ficheiro Clínico

____/____/____

Assinatura do médico

(*) Não aplicável aos beneficiários residentes no distrito de Lisboa. Neste caso, a criança/jovem com deficiência é convocado, posteriormente, para exame por equipa multi-disciplinar existente naquele Centro Distrital.