



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES FAMILIARES

REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo	<input type="text"/>	
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social <input type="text"/>

2 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / JOVEM (A preencher no caso de o jovem não ser o requerente)

Nome completo	<input type="text"/>	
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social <input type="text"/>

3 CERTIFICAÇÃO

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da segurança social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

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

ano mês dia

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

4 INFORMAÇÕES / LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

Local e prazo de entrega

A última página (quadro 5) é destinada a certificação médica e faz parte integrante deste requerimento.

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da segurança social:

- Conjuntamente com o requerimento de Abono de Família para Crianças e Jovens, modelo RP 5045-DGSS, se já existir a situação de deficiência;
- No prazo de seis meses, contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou a deficiência.

No caso de requerer após aquele prazo, a prestação será paga, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento.

(continua na pág. seguinte)

Os dados constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados da segurança social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei.

5 CERTIFICADO MÉDICO (A preencher pelo médico ⁽¹⁾)

Nome completo do médico _____ ,
portador da Cédula Profissional n.º _____ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que,
no exercício da sua atividade profissional, observou _____
_____ cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde _____ ano _____ mês _____ dia
portador da seguinte deficiência, a qual determina ou pode vir a determinar, na criança/jovem, os efeitos abaixo indicados:

Deficiência

Por perda <input type="checkbox"/>	Congénita <input type="checkbox"/>	De estrutura <input type="checkbox"/>	}	Psicológica <input type="checkbox"/>
Por anomalia <input type="checkbox"/>	Adquirida <input type="checkbox"/>	De função <input type="checkbox"/>		Intelectual <input type="checkbox"/>
				Fisiológica <input type="checkbox"/>
				Anatómica <input type="checkbox"/>

Natureza da Deficiência

Permanente Não permanente

Efeitos no desenvolvimento da Criança/Jovem

Situação em que se encontra a Criança/Jovem

Necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida como meio de impedir o seu agravamento, anular ou atenuar os seus efeitos e permitir a sua plena integração social.

Natureza do atendimento individualizado: pedagógico terapêutico

Condições em que deve ser prestado o atendimento individualizado:

(Especificação da forma de atendimento)

Frequenta, está internado ou em condições de frequência ou de internamento em estabelecimento especializado de reabilitação

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

(Identificação do ficheiro clínico)

_____ ano _____ mês _____ dia

Assinatura do médico

(1) A certificação deve ser efetuada por equipas multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, não as havendo, por médico especialista na deficiência em causa ou ainda pelo médico assistente.