

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO

Adopção Adopção por licença alargada

ANTES DE PREENCHER LEIA A INFORMAÇÃO DOS QUADROS 7 E 8

1. Identificação do(s) requerente(s) (pessoa(s) a quem se destina(m) o subsídio)

A candidata a adoptante

Nome

Data de Nascimento N.º Identificação de Seg. Social

Ano Mês Dia

N.º Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

O candidato a adoptante

Nome

Data de Nascimento N.º Identificação de Seg. Social

Ano Mês Dia

N.º Identificação Fiscal Cód. Rep. Finanças

Telefone E-mail

2. Elementos relativos ao subsídio por adopção

2.1 Subsídio por adopção inicial/social por adopção inicial

Data da confiança judicial ou administrativa / /

O(s) adoptado(s) é(são) filho(s) do cônjuge ou da pessoa com quem o requerente vive em união de facto? Sim Não

A candidata a adoptante é trabalhadora? Sim Não

O candidato a adoptante é trabalhador? Sim Não

Houve adopções múltiplas? Sim Não **Se respondeu Sim, indique:**

■ qual o número de crianças adoptadas

■ se pretende gozar os 30 dias de acréscimo, por cada criança adoptada além da primeira: Sim Não

(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

2. Elementos relativos ao subsídio por adopção (continuação)

Os candidatos a adoptantes partilham a licença por adopção ou o período de duração do subsídio? Sim Não

Se respondeu Sim, indique o período de licença/impedimento para o trabalho:

120 dias 150 dias 150 dias (120 + 30) 180 dias (150 + 30) outro _____ dias

Indique os períodos de impedimento para o trabalho correspondentes ao subsídio e opção assinalada, incluindo o relativo ao período de acréscimo por adopções múltiplas, se for caso disso:

A candidata a adoptante

de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1); de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1);
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1); de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1)

O candidato a adoptante

de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1); de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1);
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1); de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1)

Se respondeu Não, assinale o período pretendido de acordo com o(s) requerente(s) do subsídio:

A candidata a adoptante O candidato a adoptante
 Pela totalidade do período de duração do subsídio: 120 dias 150 dias
 outro _____ dias

Indique o período de impedimento para o trabalho incluindo o relativo ao período de acréscimo por adopções múltiplas, se for caso disso: de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1)

2.2 Subsídio por adopção/social por adopção em caso de impossibilidade de um adoptante

O pedido é motivado por:

Incapacidade física ou psíquica do adoptante
 Morte do adoptante. Data do óbito ____/____/____

Indique o período de impedimento para o trabalho: de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (1)

2.3 Outros elementos

No caso de estar ou ter estado abrangido por outro regime de protecção social obrigatório (nacional ou estrangeiro) nos últimos seis meses anteriores à data do impedimento, indique o nome da instituição e do respectivo período.

A candidata a adoptante

Nome da instituição _____
de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____

O candidato a adoptante

Nome da instituição _____
de ____/____/____ a ____/____/____; de ____/____/____ a ____/____/____

(continua na página seguinte)

(1) Indique o número de dias seguidos. Veja exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

3. Adopção por licença alargada

Indique o período de impedimento para o trabalho (assinale uma ou as duas opções, conforme a situação):

- A candidata a adoptante**
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (2)
- O candidato a adoptante**
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (2)

4. Elementos relativos ao outro adoptante (A preencher no caso do outro adoptante não estar identificado no quadro 1)

Nome completo

Data de Nascimento Ano Mês Dia N.º Identificação de Seg. Social

Exerce actividade profissional? Sim Não **Se respondeu Sim, indique:**

- Nome da Instituição pela qual está abrangido: _____
(Segurança Social, Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro)
- Pretende gozar ou já gozou a licença por adopção? Sim Não **Se respondeu sim, indique o(s) período(s) de impedimento para o trabalho:**
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (2); de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (2);
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (2); de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias (2)
- Pretende gozar ou já gozou a licença alargada por adopção? Sim Não **Se respondeu sim, indique o período de impedimento para o trabalho:**
de ____/____/____ a ____/____/____; n.º de dias

5. Modo de pagamento

O subsídio pode ser pago por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB).

A candidata a adoptante

O candidato a adoptante

Nota: mesmo que o NIB seja o mesmo, deve ser indicado nos dois campos. Na falta destes elementos ou indicação incorrecta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento.

6. Certificação do(s) requerente(s)

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de que devo comunicar ao serviço de segurança social qualquer facto que determine a cessação do subsídio, no prazo de 5 dias úteis a partir da data da sua verificação.

_____/_____/_____ **A candidata a adoptante**
Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

_____/_____/_____ **O candidato a adoptante**
Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

(continua no verso)

(2) Indique o número de dias seguidos. Veja exemplo na Folha Anexa em Instruções de Preenchimento.

7. Informações

Este formulário destina-se a ser preenchido por um ou dois destinatários do subsídio.

Consulte a Folha Anexa a este requerimento, para obter informações relativas ao subsídio/instruções de preenchimento e documentos a apresentar.

8. Local e prazo de entrega

O Requerimento deve ser apresentado, **no prazo de seis meses a contar da data do facto determinante da protecção:**

- nos serviços de atendimento da segurança social, em suporte papel;
- através do preenchimento do requerimento *online*, no **serviço Segurança Social Directa em www.seg-social.pt**, se a entidade competente para o tratamento do requerimento for o Instituto da Segurança Social, I.P., ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.