



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES FAMILIARES REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA

Antes de preencher leia com atenção as **INFORMAÇÕES**

1 ELEMENTOS DO BENEFICIÁRIO

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

2 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

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

3 CERTIFICAÇÃO

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Tenho conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

Comprometo-me a apresentar os documentos que forem considerados necessários à instrução deste requerimento.

ano mês dia

Assinatura do beneficiário ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o beneficiário não pôde ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido

4 INFORMAÇÕES

A Bonificação por Deficiência é um acréscimo ao Abono de Família para Crianças e Jovens atribuída às crianças com idade igual ou inferior a 10 anos, que devido à sua deficiência necessitem de apoio pedagógico ou terapêutico.

Por esse motivo, se ainda não o requereu, deve apresentar o Requerimento de Abono de Família para Crianças e Jovens, Mod. RP 5045-DGSS.

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

Local de entrega

O requerimento deve ser apresentado em qualquer Serviço de Atendimento da Segurança Social e está disponível em <http://www.seg-social.pt/formularios>.

Prazo de entrega

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.

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto da Segurança Social da Madeira, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

O referido Instituto compromete-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 ou de outra pessoa que assinou 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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

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 _____ , portador da seguinte deficiência, a qual
 determina ou pode vir a determinar, na criança os efeitos abaixo indicados:

Deficiência

- | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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 |

Natureza da Deficiência

- Permanente Não permanente

Efeitos no desenvolvimento da criança

Situação em que se encontra a criança

- Necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida com o objetivo 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)

- Frequente, 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)

Vinheta do médico

_____ ,
 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.