

PRESTAÇÕES FAMILIARES

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Regime Contributivo Regime Não Contributivo

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 _____

Código 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 ilíquidas
	<small>ano mês dia</small>		
Criança/Jovem com deficiência			
Total			
Montante anual da renda ou amortização da habitação			

(continua na pág. seguinte)

7 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_2014-A_ISSA, 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.
- Licença de funcionamento emitida pela Direção Regional de Saúde, ou entidade nacional, nos termos do Regime Jurídico das Unidades Privadas de Saúde (fotocópia).

- 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

8 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 na pág. seguinte)

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
 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

ano mês dia

Assinatura do médico