



## PRESTAÇÕES FAMILIARES

### REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA

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

#### 1 ELEMENTOS DO BENEFICIÁRIO

Nome completo			
Data de nascimento	ano	mês	dia
N.º de Identificação de Segurança Social			
Telemóvel / Telefone	E-mail		

#### 2 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome completo			
Data de nascimento	ano	mês	dia
N.º de Identificação de Segurança Social			

#### 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 - RP 5045.

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 na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).

**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 de Segurança Social da Madeira, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-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 a Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://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 \_\_\_\_\_ Validez \_\_\_\_\_ ano      mês      dia \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo da Segurança Social

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

5

**CERTIFICADO MÉDICO** (A preencher pelo médico <sup>(1)</sup>)

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 |

## **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)

- 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)

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.