



SEGURANÇA SOCIAL

## REQUERIMENTO (\*)

### RECONHECIMENTO DO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

**Cuidador informal principal**       **Cuidador informal não principal**

#### Folha de Continuação do Mod. CI 1-DGSS

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo	<input type="text"/>
N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS À(S) PESSOA(S) CUIDADA(S)

**2.1 Identificação**

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

**2.2 Outros elementos**

Relação familiar da pessoa cuidada com o requerente <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Se a pessoa cuidada for menor, preencha os **Quadros 1,3 e 6** da Declaração da Composição e Rendimentos do Agregado Familiar, Mod. CI 1/2-DGSS.

Indique se a pessoa cuidada:

Está acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial?     Sim     Não

Requerer:     Complemento por dependência     Subsídio por assistência de terceira pessoa

Recebe:     Complemento por dependência de 1.º grau<sup>(2)</sup>     Complemento por dependência de 2.º grau

Subsídio por assistência de terceira pessoa

Se recebe indique o valor \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ euros e a entidade pagadora \_\_\_\_\_

**2.3 Consentimento de reconhecimento do cuidador informal**

O consentimento é prestado pelo(a):     Pessoa cuidada     Acompanhante, no âmbito do regime do maior acompanhado

Representante     Pessoa que presta ou se dispõe a prestar cuidados     Mãe / Pai do menor

Se não assinalou a quadrícula da Pessoa cuidada, indique o N.º de identificação de Segurança Social

Declaro que pretendo que o requerente seja reconhecido como cuidador informal.

\_\_\_\_\_

ano      mês      dia      Assinatura da pessoa que presta o consentimento conforme documento de identificação válido

**(1)** Cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou colateral (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos).

**(2)** Só na situação em que, transitoriamente, se encontre acamada ou a necessitar de cuidados permanentes.

**(\*) Este requerimento só deve ser utilizado no âmbito dos projetos-piloto** nos concelhos de Alcoutim, Alvaiázere, Amadora, Arcos de Valdevez, Boticas, Cabeceiras de Basto, Campo Maior, Castelo de Paiva, Coruche, Évora, Figueira da Foz, Fundão, Grândola, Lamego, Mação, Matosinhos, Mértola, Miranda do Corvo, Moita, Montalegre, Mora, Moura, Penafiel, Portimão, Sabugal, Seia, Viana do Castelo, Vieira do Minho, Vila Real, Vimioso, definidos no Anexo à Portaria n.º 64/2020, de 10 de março.

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

## 2 ELEMENTOS RELATIVOS À(S) PESSOA(S) CUIDADA(S)

### 2.1 Identificação

Nome completo

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

### 2.2 Outros elementos

Relação familiar da pessoa cuidada com o requerente <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Se a pessoa cuidada for menor, preencha os **Quadros 1,3 e 6** da Declaração da Composição e Rendimentos do Agregado Familiar, Mod. CI 1/2-DGSS.

Indique se a pessoa cuidada:

Está acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial?  Sim  Não

Requerer:  Complemento por dependência  Subsídio por assistência de terceira pessoa

Recebe:  Complemento por dependência de 1.º grau<sup>(2)</sup>  Complemento por dependência de 2.º grau

Subsídio por assistência de terceira pessoa

Se recebe indique o valor \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ euros e a entidade pagadora \_\_\_\_\_

### 2.3 Consentimento de reconhecimento do cuidador informal

O consentimento é prestado pelo(a):  Pessoa cuidada  Acompanhante, no âmbito do regime do maior acompanhado

Representante  Pessoa que presta ou se dispõe a prestar cuidados  Mãe / Pai do menor

Se não assinalou a quadrícula da Pessoa cuidada, indique o N.º de identificação de Segurança Social

Declaro que pretendo que o requerente seja reconhecido como cuidador informal.

ano  mês  dia \_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa que presta o consentimento conforme documento de identificação válido

**(1)** Cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou colateral (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinotos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos).

**(2)** Só na situação em que, transitoriamente, se encontre acamada ou a necessitar de cuidados permanentes.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes 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, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos 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 o portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)