

## 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 adopcões 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 adopcões 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.



## 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](http://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.