



SEGURANÇA SOCIAL

**REQUERIMENTO  
PRESTAÇÃO SOCIAL PARA A INCLUSÃO  
COMPONENTE BASE**

**Importante:**

- **Este requerimento não deve ser preenchido** pelas pessoas que tenham requerido ou estejam a receber Subsídio Mensal Vitalício ou Pensão Social de Invalidez ou Pensão de Invalidez dos Regimes Transitórios dos Trabalhadores Agrícolas, no âmbito da Segurança Social.
- As **falsas declarações** sobre as condições de atribuição e de manutenção da Prestação Social para a Inclusão **determinam a inibição** no acesso ao direito à prestação, durante um **período de 24 meses**.

Antes de preencher leia com atenção as Informações

**1. ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO**

**1.1 Identificação**

Nome completo \_\_\_\_\_

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

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**1.2 Outros elementos**

Indique se requereu ou recebe de entidades que não estão abrangidas pela Segurança Social uma das prestações a seguir indicadas:

**Bonificação por Deficiência se tiver idade igual ou superior a 18 anos:**  Sim  Não

**Subsídio Mensal Vitalício:**  Sim  Não

**Pensão de Invalidez:**  Sim  Não

Se assinalou **Sim**, indique:

Nome completo \_\_\_\_\_  
da entidade \_\_\_\_\_

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

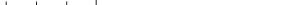
Caso esteja a receber Subsídio Mensal Vitalício por outro regime de proteção social passe ao **quadro 2 e seguintes**

## 1. ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO (continuação)

### 1.3 Grau de incapacidade

Tem Atestado Médico de Incapacidade (11)?  Sim  Não

Se assinalou **Sim**, indique:

O grau de incapacidade \_\_\_\_\_ %, a data da certificação da incapacidade  , e se o grau de incapacidade não foi considerado definitivo, indique o ano previsto para a reavaliação 

Se apresentou recurso do grau de incapacidade atribuído, indique a data do pedido

Se assinalou **Não**, indique:

A data do pedido de certificação da incapacidade

(1) Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, Declaração de Incapacidade emitida pelas autoridades de saúde, ou cartão de Identificação de Deficiente das Forças Armadas.

## 2.1 Identificação

Nome completo \_\_\_\_\_

Data de nascimento  N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Morada

Localidade \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## 2.2 Outros elementos

En el apartado **Modelos** se describen los tipos de modelos que se han desarrollado en el proyecto.

**Assinale com X a situação do requerente, relativamente ao beneficiario**

### 3. MÉTODOS DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO

Para efeitos do pagamento desta prestação, deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Indique quem recebe a prestação:  Beneficiário  Requerente

#### **4. CONSENTIMENTO PARA COMUNICAÇÕES ATRAVÉS DA SEGURANÇA SOCIAL DIRETA**

Autoriza receber, através da Segurança Social Direta, todas as comunicações para os fins relacionados com a Prestação Social para a Inclusão?

Sim  Não

Se respondeu **Sim**, deverá aderir à Segurança Social Direta, através do Portal [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), caso ainda não esteja inscrito e indicar o seu e-mail (conforme **quadro 1.1**).

## 5. AUTORIZAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO / REQUERENTE

A informação que prestei é verdadeira e completa.

Comprometo-me a entregar os documentos de prova necessários à instrução deste requerimento.

Comprometo-me a entregar quando necessário, informação, sobre os meus rendimentos e património.

Autorizo o acesso aos meus rendimentos e património declarados à Autoridade Tributária.

Autorizo o acesso à informação relativa ao meu **Atestado Médico de Incapacidade de Multiuso** disponível nos Ministérios da Saúde e das Finanças.

Autoriza o arquivamento do presente requerimento, caso o valor da Prestação Social para a Inclusão, a que tiver direito, seja inferior ao valor da Bonificação por Deficiência, que estiver a receber?  Sim  Não

Declaro que estou informado que se estiver a receber **Subsídio Mensal Vitalício, esta prestação será cessada** ao ser atribuída a Prestação Social para a Inclusão.

\_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou do requerente conforme documento de identificação válido

## 6. DOCUMENTOS A APRESENTAR

### Documentos relativos ao beneficiário

- Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, ou, na sua falta, comprovativo de que pediu a Certificação da Incapacidade, **ou**
- Declaração de Incapacidade emitida pelas autoridades de saúde desde que seja anterior a 30 de novembro de 1996, **ou**
- Cartão de Identificação de deficiente das Forças Armadas aprovado pela Portaria n.º 816/85, de 28 de outubro, se tiver sido obtido antes de 1 de outubro de 2017.
- Documento comprovativo de que apresentou recurso da decisão da Junta Médica, se for o caso.
- Certificado de registo de cidadãos comunitários emitido pela Câmara Municipal da área da residência do beneficiário, no caso de cidadão estrangeiro pertencente a um dos Estados referidos em **(1)**, **ou**
- Visto de estada temporária, visto de residência, autorização de residência temporária e autorização de residência permanente, no caso de cidadão estrangeiro não pertencente a nenhum dos Estados referidos em **(1)**, desde que se encontrem em território nacional e nele tenham permanecido com qualquer destes títulos pelo menos durante um ano, **ou**
- Documento comprovativo do estatuto de refugiado.
- Anexo - Rendimentos do Beneficiário, Mod- PSI1/1 - DGSS, no caso de grau de incapacidade igual ou superior a 60% e inferior a 80%.
- Declaração da entidade pagadora da pensão onde conste o valor do Complemento Social da pensão, se no ponto 1.2, do **Quadro 1** indicou que está a receber pensão de invalidez.

**(1)** União Europeia, Estado que faça parte do Espaço Económico Europeu ou Estado terceiro que tenha celebrado um acordo de livre circulação de pessoas com a União Europeia.

### Documentos relativos ao beneficiário/requerente

- Documento de identificação válido, designadamente, Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Boletim de Nascimento, Passaporte.
- Documento de Identificação Fiscal.
- Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, no caso de ter indicado no requerimento que o pagamento deve ser efetuado por transferência.
- Formulário de Identificação, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de ainda não possuir Número de Identificação de Segurança Social.

### Documentos relativos ao requerente

- Documento comprovativo de que o requerente é representante legal do beneficiário, se for o caso, **ou**
- Documento comprovativo de que a pessoa que presta ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário, quando este seja incapaz e tenha sido intreposto processo judicial com vista a ser o seu representante legal.

**Nota:** Deve ter em atenção que os serviços da Segurança Social podem solicitar a apresentação de outros documentos.

## 7. INFORMAÇÕES

**A Prestação Social para a Inclusão** é constituída por três componentes: a componente base, o complemento e a majoração.

**A componente base** que é requerida neste formulário destina-se a compensar os encargos gerais acrescidos que resultam da deficiência, com vista a promover a autonomia e inclusão social de pessoa com deficiência e entra em vigor no dia 1 de outubro de 2017. As restantes componentes entrarão em vigor em 2018 e 2019.

## **Quem pode requerer a prestação**

## • O beneficiário

O representante legal do beneficiário.

Pessoa que preste ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário, sempre que este seja incapaz e tenha sido interposto um processo judicial com vista a ser o seu representante legal.

### **Importante**

Se a pessoa com deficiência e com idade superior a 18 anos estiver a receber Bonificação por Deficiência e tiver direito à Prestação Social para a Inclusão, a Bonificação por Deficiência cessa.

Se tiver direito à Prestação Social para a Inclusão e uma incapacidade:

- igual ou superior a 60% e inferior a 80%, o valor que pode receber varia entre 0 euros e 264,32 euros, dependendo do valor dos seus rendimentos e património;
  - igual ou superior a 80%, o valor que recebe é de 264,32 euros;
  - inferior a 60%, não tem direito à Prestação Social para a Inclusão.

## 8. LOCAL DE ENTREGA

O requerimento deve ser preferencialmente apresentado *online*, através da **Segurança Social Direta (SSD)** em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt). Esta opção tem a vantagem do requerimento ser tratado mais rapidamente, pelo que, **no seu próprio interesse, deve utilizar este meio**. Caso ainda não tenha a senha de acesso à SSD, aceda ao sítio da Internet indicado para saber como deve fazer o registo.

Se optar pela entrega em suporte papel, o requerimento pode ser preenchido informaticamente e entregue ou enviado pelo correio para um Serviço da Segurança Social. Para este efeito utilize o ficheiro que se encontra disponível em [www.seq-social.pt](http://www.seq-social.pt), na opção Formulários.

**VALIDAÇÃO DA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO / REQUERENTE** (a preencher pelos Serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura da pessoa identificada no  Quadro 1  Quadro 2 está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Passaporte  Outro

Número | Validação | Assinatura e carimbo da Segurança Social

**Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação da Segurança Social.**