

MUNICÍPIO DE SABROSA
CÂMARA MUNICIPAL
 Divisão Administrativa, Financeira e Patrimonial
 Recursos Humanos e Formação
REQUERIMENTO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA



REGISTO N.º _____ Livro _____ DATA ____/____/____ O FUNCIONÁRIO	DESPACHO DATA ____/____/____ CHEFE DE DIVISÃO	DESPACHO DATA ____/____/____ O PRESIDENTE DA CÂMARA
---	--	--

Informação técnica da subunidade de recursos humanos e formação.

_____/_____/____ O coordenador técnico _____

1- Identificação da criança/jovem		
Nome completo _____		
Data de Nascimento _____	Nº Identificação de Seg. Social _____	
2- Elementos relativos ao beneficiário (a preencher no caso de regime contributivo)		
Nome completo _____		
Data de Nascimento _____	Nº Identificação de Seg. Social _____	
Dia	Mês	Ano
3- Elementos relativos ao requerente (a preencher se o pedido não for apresentado pelo beneficiário ou pelo jovem identificado no campo 1)		
Nome completo _____		
Data de Nascimento _____	Nº Identificação de Seg. Social _____	
Documento de Identificação _____	N.º _____	de ____/____/____
<small>(certidão registo civil, CC, etc.)</small>		<small>Dia Mês Ano</small>
Morada _____		
Código Postal _____	-	_____
Localidade _____	Telefone	_____
Relação com a criança ou jovem _____		
4- Elementos do agregado familiar (a preencher no caso de regime não contributivo)		
4.1 Composição		
Nº de ordem	NOME COMPLETO	PARENTESCO COM A CRIANÇA/JOVEM
1	CRIANÇA/JOVEM	-----
2		
3		
4		
5		

4.2 Rendimento								
Nº DE ORDEM	TRABALHO	BOLSAS DE FORMAÇÃO	PENSÕES	OUTRAS PREST. SOCIAIS (1)	SUBSIDIO RENDA DE CASA	BENS IMOBILIÁRIOS (2)	BENS IMOBILIÁRIOS (3)	OUTROS RENDIMENTOS (4)
1								
2								
3								
4								
5								

(1) SUBSÍDIO DE DOENÇA/DESEMPREGO (3) CAPITAIS/AÇÕES/OBRIGAÇÕES DO ESTADO
 (2) PREDIAIS (4) QUAISQUER OUTRAS RECEITAS: PENSÃO DE ALIMENTOS, OUTRAS

5- Certificação

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços dos recursos humanos, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

_____/_____/_____
 Assinatura do beneficiário/requerente ou de outrem a seu rogo conforme cartão do cidadão

Informações
Quem pode requerer

No caso de regime contributivo (Abrange, por ex. trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes)
 Beneficiário e respetivo cônjuge; pessoa com quem a criança/jovem viva e o tenha à sua guarda e cuidados; o próprio jovem com idade superior a 16 anos.

No caso de regime não contributivo (Pessoas não abrangidas por qualquer sistema de proteção social e em situação de carência)
 Quem provar ter a carga a criança/jovem; o próprio jovem com idade superior a 14 anos.

Documentos a apresentar

No caso de regime contributivo
 Fotocópia de documento de identificação válido (cartão de cidadão, bilhete de identidade, certidão do registo civil, boletim de nascimento, passaporte) da criança/jovem para quem é requerida a bonificação, e do requerente, se a prestação não for requerida pelo beneficiário.

No caso de regime não contributivo
 Fotocópias:
 Dos seguintes documentos relativos à criança/jovem para quem é requerida a bonificação, aos membros do agregado familiar e ao requerente:
 De identificação válido (cartão de cidadão, bilhete de identidade, certidão do registo civil, boletim de nascimento, passaporte);
 Do cartão de identificação de segurança social, se estiverem inscritos;
 Do cartão de identificação fiscal, se o possuírem.
 Declaração de rendimentos para efeitos de IRS do jovem, quando aplicável, e dos membros do agregado familiar;
 Documento comprovativo das remunerações auferidas pelos membros do agregado familiar da criança/jovem;
 Documento comprovativo de que a criança/jovem vive e está à guarda e cuidados de outra pessoa/entidade, se for essa a situação.

Local e prazo de entrega

O requerimento deve ser apresentado, nos serviços dos recursos humanos, 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.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

CERTIFICADO MÉDICO (a preencher pelo medico (*))

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/jovem,
 os efeitos abaixo indicados:

DEFICIÊNCIA

Por perda	<input type="checkbox"/>	Congénita	<input type="checkbox"/>	De estrutura	<input type="checkbox"/>	}	Psicológica	<input type="checkbox"/>
							Intelectual	<input type="checkbox"/>
Por anomalia	<input type="checkbox"/>	Adquirida	<input type="checkbox"/>	De função	<input type="checkbox"/>		Fisiológica	<input type="checkbox"/>
							Anatómica	<input type="checkbox"/>

Natureza da deficiência
 Permanente Não permanente

Efeitos no desenvolvimento da Criança/Jovem

Situação em que se encontra a Criança/Jovem

Necessita de atendimento individualizado específico, adequado à natureza e características da deficiência referida como meio 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)

_____/_____/_____
 Assinatura do médico

(*) 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