



S. R.
 MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
 EXÉRCITO PORTUGUÊS

U/E/O _____

PRESTAÇÕES ENCARGOS FAMILIARES

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE	Subsídio de bonificação por deficiência Subsídio mensal vitalício
--	--

Importante:

- O direito às Prestações por Encargos Familiares depende do valor do património mobiliário do seu agregado familiar não ser superior a 101.116,80 EUR.
- As falsas declarações sobre a composição do agregado familiar e respetivos rendimentos determinam a inibição do acesso ao direito às prestações sociais acima referidas, durante um período de 24 meses.

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE ⁽¹⁾

Nome completo _____

Posto/Categoria _____

Data de nascimento _____ N.º de Identificação Militar (NIM) _____
ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal _____

Relação do requerente com a criança / jovem _____

Este subsídio foi requerido pela mesma criança ou jovem a outra instituição? Sim Não

Família Monoparental Sim Não

(1) Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança / jovem com deficiência a cargo.

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUE É REQUERIDO SUBSÍDIO

Nome completo _____

N.º de Identificação (CC/BI) _____ N.º de Identificação Fiscal _____

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

O descendente vive a cargo do requerente? Sim Não

Vive em comunhão de mesa e habitação com o requerente? Sim Não

O descendente recebeu ou requereu Pensão Social? Sim Não

3 ELEMENTOS SOBRE VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO REQUERENTE E DO AGREGADO FAMILIAR À DATA DE APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO

Possuem, na presente data, valores depositados em contas bancárias, ações, obrigações, certificados de aforro, títulos e unidades de participação em instituições de investimento coletivo ou outros valores mobiliários, cujo montante total seja superior a €101.116,80? Sim Não

4 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

- Tomei conhecimento de que devo comunicar aos serviços processadores, qualquer alteração da informação prestada, até ao mês seguinte ao da sua verificação;
- As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem informação relevante.

ano mês dia

(Assinatura do requerente, conforme Cartão de Cidadão ou BI)



S. R.
MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
EXÉRCITO PORTUGUÊS

CERTIFICADO MÉDICO

CERTIFICADO MÉDICO (A preencher pelo médico ⁽²⁾)

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 _____ ano _____ mês _____ dia, 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"/>
Por anomalia	<input type="checkbox"/>	Adquirida	<input type="checkbox"/>	De função	<input type="checkbox"/>		Intelectual	<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)

Frequente, 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)

 ano _____ mês _____ dia

 Assinatura do médico

(2) 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.