


| | | |
|---|--|--------------------|
|  | NAT 04.02.05 Anexo G | Exemplar nº |
| | | Pag 1 de 9 |
| | | 09MAI2017 |
| Assunto: | PRESTAÇÕES FAMILIARES (Subsídio de bonificação por deficiência, Subsídio mensal vitalício, Subsídio por assistência de terceira pessoa e Subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial) – MODELO DE ANÁLISE AO REQUERIMENTO | |

1. MODELO DE ANÁLISE AO REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA


MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
EXÉRCITO PORTUGUÊS
DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE PESSOAL
REPARTIÇÃO DE ABONOS
 Secção de Sistemas Integrados de Gestão e Apoio Jurídico

Análise de Informação para atribuição de Subsídio de Bonificação por Deficiência

| Parte I - Identificação da Informação | |
|---|---|
| 1 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>Nome <input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Posto <input style="width: 60%;" type="text"/> NM <input style="width: 15%;" type="text"/></p> <p>UEO Atual <input style="width: 60%;" type="text"/> NF <input style="width: 15%;" type="text"/></p> <p>Requerimento com data de: <input style="width: 30%;" type="text"/></p> </div> </div> |
| Parte II - Procedimento de atribuição de Subsídio Bonificação por Deficiência | |
| 2 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS A INCORRETO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO</p> <p>1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/> 1.1 Identificação Observações:</p> <p>2. ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO <input type="checkbox"/> 2.1 Identificação Observações: 2.2 Elementos relativos ao descente Observações:</p> <p>3. ELEMENTOS SOBRE VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>4. CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/> Observações:</p> |
| 3 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS À FALTA DE DOCUMENTOS</p> <p>1. FOTOCÓPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO DA CRIANÇA/JOVEM PARA QUEM É REQUERIDA A BONIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2. CERTIFICADO MÉDICO COMPROVATIVO DA DOENÇA <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>3. PARECER FAVORÁVEL, EMITIDO PELA JUNTA MÉDICA DA CGA <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>4. DECLARAÇÃO DA SEGURANÇA SOCIAL, QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO A BONIFICAÇÃO NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>5. NO CASO DE O OUTRO PROGENITOR SER BENEFICIÁRIO DE OUTRO SUBSISTEMA QUE NÃO A SEGURANÇA SOCIAL, DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL, EM QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO A BONIFICAÇÃO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>6. FOTOCÓPIA DA DECLARAÇÃO DE IRS DO REQUERENTE, E DA DECLARAÇÃO DE IRS DO JOVEM QUANDO APLICÁVEL <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>7. DOCUMENTO COMPROVATIVO DE QUE A CRIANÇA/JOVEM VIVE E ESTÁ À GUARDA E CUIDADOS DE OUTRA PESSOALIDADE, SE FOR ESSA A SITUAÇÃO. <input type="checkbox"/> Observações:</p> <p>8. OUTROS MOTIVOS/SUGESTÃO DE CORREÇÃO <input type="checkbox"/> Observações:</p> |
| 4 | <p style="text-align: center;">ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA</p> <p>Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados:</p> <p><input type="checkbox"/> Devober à U/E/O, para harmonização nos termos da legislação em vigor.</p> <p><input type="checkbox"/> Propor à consideração superior. O CHEFE DA SSI GAJ</p> <p><input type="checkbox"/> Observações:</p> <p style="text-align: right;">NOME COMPLETO _____ POSTO _____</p> |

| 5 | | ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA (continuação) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------|--------------|---------------|-------|-------|------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------|--|--|--|--|--|
| A preencher pela RA/DSP | 5.1. | ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, tem direito à atribuição do subsídio de bonificação por deficiência, nos termos seguintes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Prestação Social</th> </tr> <tr> <th>Tipo de Prestação Social</th> <th>Data Início</th> <th>Data de fim</th> <th>Grupo Etário</th> <th>Monoparental</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | Prestação Social | | | | | | Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de fim | Grupo Etário | Monoparental | Valor | | | | | |
| Prestação Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de fim | Grupo Etário | Monoparental | Valor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.2. | NÃO ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, não tem direito à atribuição do subsídio de bonificação por deficiência nos termos do/s seguintes fundamentos/s: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | A criança ou jovem deixa de ser considerado portador de deficiência. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Não entrega a prova de deficiência | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Deixar de viver em Portugal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | O jovem atinge os 24 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | O jovem portador de deficiência começar a exercer uma atividade enquadrada por regime de proteção social obrigatório. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | O valor total do património mobiliário de todos os elementos do agregado ultrapassar o limite de € 101.116,80. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Juízo ampliativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Outro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | O CHEFE DA RA/DSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Local _____ | | | | | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data _____ | | | | | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | NOME COMPLETO | POSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | DESPACHO RELATIVO À ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO DE BONIFICAÇÃO POR DEFICIÊNCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | INDEFIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | DEFIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | A concessão do abono de Subsídio por Bonificação por Deficiência, nos termos da informação constante no requerimento, e nos termos e fundamentos do ponto 5, em conformidade com as disposições legais que regulam a sua atribuição (Decreto-Lei n.º 133-B/97, de 30 de maio, alterado pelos Decretos-Leis n.º 248/99, de 2 de julho, 341/99, de 25 de agosto, 250/2001, de 21 de setembro e 176/2003, de 2 de agosto). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | O BGEN DSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Local _____ | | | | | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data _____ | | | | | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | NOME COMPLETO | POSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A preencher pela DSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. MODELO DE ANÁLISE AO REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO MENSAL VITALÍCIO


 S. R.
MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
EXÉRCITO PORTUGUÊS
DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE PESSOAL
REPARTIÇÃO DE ABONOS
 Secção de Sistemas Integrados de Gestão e Apoio Jurídico

Análise de Informação para atribuição de Subsídio Mensal Vitalício

| Parte I - Identificação da Informação | |
|--|--|
| 1 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>Nome <input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Posto <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>UEO Atual <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>Requerimento com data de: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>NIM <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>NIF <input style="width: 100%;" type="text"/></p> </div> </div> |
| Parte II - Procedimento de atribuição de Subsídio Mensal Vitalício | |
| 2 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS A INCORRETO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO</p> <p>1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/></p> <p>1.1 Identificação <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>2. ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO <input type="checkbox"/></p> <p>2.1 Identificação <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>2.2 Elementos relativos ao descente <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>3. ELEMENTOS SOBRE VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>4. CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> |
| 3 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS À FALTA DE DOCUMENTOS</p> <p>1. FOTOCÓPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO DA CRIANÇA/JOVEM PARA QUEM É REQUERIDA O SUBSÍDIO <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>2. CERTIFICADO MÉDICO COMPROVATIVO DA DOENÇA <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>3. PARECER FAVORÁVEL, EMITIDO PELA JUNTA MÉDICA DA CGA <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>4. DECLARAÇÃO DA SEGURANÇA SOCIAL, QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>5. NO CASO DE O OUTRO PROGENITOR SER BENEFICIÁRIO DE OUTRO SUBSISTEMA QUE NÃO A SEGURANÇA SOCIAL, DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL, EM QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE: <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>6. FOTOCÓPIA DA DECLARAÇÃO DE IRS DO REQUERENTE, E DA DECLARAÇÃO DE IRS DO JOVEM QUANDO APLICÁVEL <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>7. DOCUMENTO COMPROVATIVO DE QUE A CRIANÇA/JOVEM VIVE E ESTÁ À GUARDA E CUIDADOS DE OUTRA PESSOA/ENTIDADE, SE FOR ESSA A SITUAÇÃO. <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> <p>8. OUTROS MOTIVOS/SUGESTÃO DE CORREÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Observações:</p> |
| 4 | <p style="text-align: center;">ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO MENSAL VITALÍCIO</p> <p>Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados:</p> <p><input type="checkbox"/> Devolver à UE/O, para harmonização nos termos da legislação em vigor.</p> <p><input type="checkbox"/> Propor à consideração superior. O CHEFE DA SSGAJ</p> <p><input type="checkbox"/> Observações:</p> <p style="text-align: right;">NOME COMPLETO _____</p> <p style="text-align: right;">POSTO _____</p> |

| 5 | | 5.1. | | ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--------------------------|--|--|------------------|--|--|--|--------------------------|-------------|-------------|-------|--|--|--|--|--|
| A preencher pela RADSP | <input type="checkbox"/> | | Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, tem direito à atribuição do subsídio mensal vitalício, nos termos seguintes: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Prestação Social</th> </tr> <tr> <th>Tipo de Prestação Social</th> <th>Data Início</th> <th>Data de Fim</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | Prestação Social | | | | Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de Fim | Valor | | | | | |
| | Prestação Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de Fim | Valor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2. | | NÃO ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, não tem direito à atribuição do subsídio mensal vitalício nos termos do/s seguintes fundamentos/s: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | A criança ou jovem deixa de ser considerado portador de deficiência. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | Não entrega a prova de deficiência. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | Deixar de viver em Portugal. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | Não realizou a prova de manutenção. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | O jovem portador de deficiência começar a exercer uma atividade enquadrada por regime de proteção social obrigatório. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | O valor total do património mobiliário de todos os elementos do agregado ultrapassar o limite de € 101.116,80. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | Juízo ampliativo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | Outro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local _____ | | O CHEFE DA RADSP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data _____ | | NOME COMPLETO _____ | | POSTO _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | DESPACHO RELATIVO À ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO MENSAL VITALÍCIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | INDEFIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | DEFIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | A concessão do abono de Subsídio Mensal Vitalício, nos termos da informação constante no requerimento, e nos termos e fundamentos do ponto 5, em conformidade com as disposições legais que regulam a sua atribuição (Decreto-Lei n.º 133-B/97, de 30 de maio, alterado pelos Decretos-Leis n.º 248/99, de 2 de julho, 341/99, de 25 de agosto, 250/2001, de 21 de setembro e 176/2003, de 2 de agosto). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local _____ | | O BGEN DSP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data _____ | | NOME COMPLETO _____ | | POSTO _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A preencher pela DSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. MODELO DE ANÁLISE AO REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO DE ASSISTÊNCIA A TERCEIRA PESSOA


 S. R.
 MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
 EXÉRCITO PORTUGUÊS
 DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE PESSOAL
 REPARTIÇÃO DE ABONOS
 Secção de Sistemas Integrados de Gestão e Apoio Jurídico

Análise de Informação para atribuição de Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa


| Parte I - Identificação da Informação | |
|--|--|
| 1 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Nome <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Posto <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>UEO Atual <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>Requerimento com data de: <input style="width: 40%;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>NIM <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>NIF <input style="width: 80%;" type="text"/></p> </div> </div> |
| Parte II - Procedimento de atribuição de Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa | |
| 2 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS A INCORRETO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO</p> <p>1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</p> <p>1.1 Identificação <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>1.2 Outros elementos <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2. ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O ABONO</p> <p>2.1 Identificação <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2.2 Outros elementos <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> |
| 3 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS À FALTA DE DOCUMENTOS</p> <p>1. FOTOCÓPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO DA CRIANÇA/JOVEM PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2. DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO DA(S) PESSOA(S) QUE PRESTA(M) ASSISTÊNCIA <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>3. DECLARAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE 3ª PESSOA E DOS TERMOS EM QUE PRESTA A ASSISTÊNCIA OU SE DISPÕE A PRESTAR (DECLARADO JUNTAMENTE COM O ANEXO A) <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>4. INFORMAÇÃO MÉDICA - AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE, MODELO DA DGS/ModSS/CGA <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>5. DECLARAÇÃO DA SEGURANÇA SOCIAL, QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>6. NO CASO DE O OUTRO PROGENITOR SER BENEFICIÁRIO DE OUTRO SUBSISTEMA QUE NÃO A SEGURANÇA SOCIAL, DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL, EM QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>7. FOTOCÓPIA DA DECLARAÇÃO DE IRS DO REQUERENTE, E DA DECLARAÇÃO DE IRS DO JOVEM QUANDO APLICÁVEL <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>8. DOCUMENTO COMPROVATIVO DE QUE A CRIANÇA/JOVEM VIVE E ESTÁ À GUARDA E CUIDADOS DE OUTRA PESSOA/ENTIDADE, SE FOR ESSA A SITUAÇÃO <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>9. OUTROS MOTIVOS/SUGESTÃO DE CORREÇÃO <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> |
| 4 | <p style="text-align: center;">ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA</p> <p>Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados:</p> <p><input type="checkbox"/> Devolver à U/E/O, para harmonização nos termos da legislação em vigor.</p> <p><input type="checkbox"/> Propor à consideração superior.</p> <p><input type="checkbox"/> Observações:</p> <p style="text-align: right;">O CHEFE DA SSI GAJ</p> <p style="text-align: center;">NOME COMPLETO _____</p> <p style="text-align: center;">POSTO _____</p> |

| ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA (continuação) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|-------|--|--|--------------------------|-------------|-------------|-------|--|--|--|--|
| 5 | <p>5.1. ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, tem direito à atribuição do subsídio por assistência de terceira pessoa, nos termos seguintes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Prestação Social</th> </tr> <tr> <th>Tipo de Prestação Social</th> <th>Data Início</th> <th>Data de Fim</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Prestação Social | | | | Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de Fim | Valor | | | | |
| | Prestação Social | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de Fim | Valor | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5.2. NÃO ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, não tem direito à atribuição do subsídio por assistência de terceira pessoa nos termos dos seguintes fundamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> A criança ou jovem não recebe bonificação por deficiência ou subsídio mensal vitalício.</p> <p><input type="checkbox"/> A pessoa portadora da deficiência recebe assistência permanente num estabelecimento de saúde ou de apoio social, oficial ou particular, sem fins lucrativos.</p> <p><input type="checkbox"/> Deixar de viver em Portugal.</p> <p><input type="checkbox"/> A pessoa portadora de deficiência recebe o mesmo subsídio através de outro beneficiário.</p> <p><input type="checkbox"/> O jovem portador de deficiência começar a exercer uma atividade enquadrada por regime de proteção social obrigatório.</p> <p><input type="checkbox"/> O valor total do património mobiliário de todos os elementos do agregado ultrapassar o limite de € 101.116,80.</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizou a prova de manutenção.</p> <p><input type="checkbox"/> Juízo ampliativo</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> | | | | | | | | | | | | | |
| O CHEFE DA RA/DSP | | | | | | | | | | | | | |
| Local _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Data _____ | | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO _____ | | | | | | | | | | | | | |
| POSTO _____ | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | |
| 7 | <p>DESPACHO RELATIVO À ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA</p> <p><input type="checkbox"/> INDEFIRO</p> <p><input type="checkbox"/> DEFIRO</p> <p>A concessão do abono de Subsídio por assistência de terceira pessoa, nos termos da informação constante no requerimento, e nos termos e fundamentos do ponto 5, em conformidade com as disposições legais que regulam a sua atribuição (Decreto-Lei n.º 133-B/97, de 30 de maio, alterado pelos Decretos-Leis n.º 248/99, de 2 de julho, 341/99, de 25 de agosto, 250/2001, de 21 de setembro e 176/2003, de 2 de agosto).</p> | | | | | | | | | | | | |
| | O MGEN DSP | | | | | | | | | | | | |
| Local _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Data _____ | | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO _____ | | | | | | | | | | | | | |
| POSTO _____ | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | |

A preencher pela RA/DSP

A preencher pela DSP

4. MODELO DE ANÁLISE AO REQUERIMENTO PARA SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL


MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
EXÉRCITO PORTUGUÊS
DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE PESSOAL
REPARTIÇÃO DE ABONOS
 Secção de Sistemas Integrados de Gestão e Apoio Jurídico

Análise de Informação para atribuição de Subsídio por frequência de Estabelecimento de Educação Especial

| Parte I - Identificação da Informação | |
|---------------------------------------|---|
| 1 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Nome <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Posto <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>UEO Atual <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>Requerimento com data de: <input style="width: 40%;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>NIM <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>NIF <input style="width: 80%;" type="text"/></p> </div> </div> |
| 2 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS A INCORRETO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO</p> <p>1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</p> <p>1.1 Identificação <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>1.2 Outros elementos <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2. ELEMENTOS RELATIVOS AO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O ABONO</p> <p>2.1 Identificação <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2.2 Outros elementos <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> |
| 3 | <p style="text-align: center;">QUESTÕES RELATIVAS À FALTA DE DOCUMENTOS</p> <p>1. FOTOCÓPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO DA CRIANÇA/JOVEM PARA QUEM É REQUERIDA O SUBSÍDIO <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>2. DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO DA(S) PESSOA(S) QUE PRESTA(M) ASSISTÊNCIA <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>3. BOLETIM DE MATRÍCULA/DECLARAÇÃO DE APOIO INDIVIDUALIZADO (INDIVIDUAL OU ESTABELECIMENTO DE ENSINO) QUE COMPROVE A FREQUÊNCIA/APOIO DE/EM ESTABELECIMENTO DE ENSINO ESPECIAL <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>4. INFORMAÇÃO MÉDICA - AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>5. DECLARAÇÃO DA SEGURANÇA SOCIAL, QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>6. NO CASO DE O OUTRO PROGENITOR SER BENEFICIÁRIO DE OUTRO SUBSISTEMA QUE NÃO A SEGURANÇA SOCIAL, DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL, EM QUE ATESTE QUE EM NOME DO DESCENDENTE PARA QUEM É REQUERIDO O SUBSÍDIO, NÃO É PROCESSADO QUALQUER PRESTAÇÃO SOCIAL POR PARTE DESSA ENTIDADE <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>7. FOTOCÓPIA DA DECLARAÇÃO DE IRS DO REQUERENTE, E DA DECLARAÇÃO DE IRS DO JOVEM QUANDO APLICÁVEL <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>8. DOCUMENTO COMPROVATIVO DE QUE A CRIANÇA/JOVEM VIVE E ESTÁ À GUARDA E CUIDADOS DE OUTRA PESSOA/ENTIDADE, SE FOR ESSA A SITUAÇÃO <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> <p>9. OUTROS MOTIVOS/SUGESTÃO DE CORREÇÃO <input style="float: right;" type="checkbox"/> Observações:</p> |
| 4 | <p style="text-align: center;">ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL</p> <p>Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados:</p> <p><input type="checkbox"/> Devolver à U/E/O, para harmonização nos termos da legislação em vigor.</p> <p><input type="checkbox"/> Propor à consideração superior.</p> <p><input type="checkbox"/> Observações:</p> <p style="text-align: right;">O CHEFE DA SSIGAJ</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> NOME COMPLETO <input style="width: 100%;" type="text"/> POSTO </p> |

| ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (continuação) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------|--|--|--------------------------|-------------|-------------|-------|--|--|--|--|
| 5 | <p>5.1. ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, tem direito à atribuição do subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial, nos termos seguintes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Prestação Social</th> </tr> <tr> <th>Tipo de Prestação Social</th> <th>Data Início</th> <th>Data de Fim</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Prestação Social | | | | Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de Fim | Valor | | | | |
| | Prestação Social | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Prestação Social | Data Início | Data de Fim | Valor | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5.2. NÃO ATRIBUIÇÃO DE PRESTAÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> Face aos elementos declarados e meios de prova apresentados, não tem direito à atribuição do subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial, pessoa nos termos do/s seguintes fundamento/s:</p> <p><input type="checkbox"/> A criança ou jovem não recebe bonificação por deficiência ou subsídio mensal vitalício.</p> <p><input type="checkbox"/> A criança ou jovem deixar de frequentar o estabelecimento de ensino ou de receber o apoio do técnico especializado.</p> <p><input type="checkbox"/> Deixar de viver em Portugal.</p> <p><input type="checkbox"/> A pessoa portadora de deficiência recebe o mesmo subsídio através de outro beneficiário.</p> <p><input type="checkbox"/> O jovem portador de deficiência começar a exercer uma atividade enquadrada por regime de proteção social obrigatório.</p> <p><input type="checkbox"/> O valor total do património mobiliário de todos os elementos do agregado ultrapassar o limite de € 101.116,80.</p> <p><input type="checkbox"/> O(a) Jovem morre.</p> <p><input type="checkbox"/> Juízo ampliativo</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> | | | | | | | | | | | | | |
| O CHEFE DA RADSP | | | | | | | | | | | | | |
| Local | _____ | | | | | | | | | | | | |
| Data | _____ | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO | _____ | | | | | | | | | | | | |
| POSTO | _____ | | | | | | | | | | | | |
| 6 | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | |
| 7 | <p>DESPACHO RELATIVO À ATRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INDEFIRO</p> <p><input type="checkbox"/> DEFIRO</p> <p>A concessão do abono de Subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial, nos termos da informação constante no requerimento, e nos termos e fundamentos do ponto 5, em conformidade com as disposições legais que regulam a sua atribuição (Decreto-Lei n.º 133-B/97, de 30 de maio, alterado pelos Decretos-Leis n.º 248/99, de 2 de julho, 341/99, de 25 de agosto, 250/2001, de 21 de setembro e 176/2003, de 2 de agosto, Portaria n.º 1315/2009 de 21 de outubro e Portaria n.º 1388/2009 de 12 de novembro).</p> | | | | | | | | | | | | |
| O BGEN DSP | | | | | | | | | | | | | |
| Local | _____ | | | | | | | | | | | | |
| Data | _____ | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO | _____ | | | | | | | | | | | | |
| POSTO | _____ | | | | | | | | | | | | |
| 8 | OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | |

A preencher pela RADSP

A preencher pela DSP

O Ajudante-General do Exército

**José Carlos Filipe Antunes Calçada
Tenente-General**

**Autenticação
O Diretor de Serviços de Pessoal**

**DOCUMENTO AUTÊNTICO
ORIGINAL ASSINADO E ARQUIVADO NA RA/DSP**

**José Luís de Sousa Dias Gonçalves
Brigadeiro General**

Distribuição: Com a NAT 04.02.05