

4.2. Rendimentos mensais ilíquidos (indique pela mesma ordem do quadro anterior)

N.º DE ORDEM	TRABALHO	BOLSAS DE FORMAÇÃO	PENSÕES	OUTRAS PREST. SOCIAIS (1)	SUBSÍDIO RENDA DE CASA	BENS IMOBILIÁRIOS(2)	BENS MOBILIÁRIOS(3)	OUTROS RENDIMENTOS(4)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

(1) Subsídio de Doença/Desemprego
(2) Prediais

(3) Capitais/Acções/Obrigações do Estado
(4) Quaisquer outras receitas: pensão de alimentos, outras

5. Certificação

Tomei conhecimento de que devo comunicar, aos serviços da Segurança Social, 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 Bilhete de Identidade

Informações

Quem pode requerer

No caso de regime contributivo (Abrange, por ex. trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes)

Beneficiário e respectivo 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 protecção social e em situação de carência)

Quem provar ter a cargo 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 (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 (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 da Segurança Social, 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 médico (*))

Nome completo do médico _____ ,
portador da Cédula Profissional nº _____ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que,
no exercício da sua actividade 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"/>
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

Necesita 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 efectuada por equipas multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, não as havendo, por médico especialista na deficiência em causa ou ainda pelo médico assistente.