

Inscrição para prestações familiares

1. Requerente

Apelido		Nome próprio		Data de nascimento	
N° de AHV (se souber: novo n° de 13 dígitos do seguro de pensões obrigatório)		Sexo <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher	Nacionalidade		Candidato a asilo político <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado civil <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> em concubinato <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> enviuvado <input type="checkbox"/> união civil registada <input type="checkbox"/> união civil dissolvida					
Endereço: Rua / n°		Código postal / localidade		País	
Contactável sob: (Telefone, e-mail, etc.)			A partir de quando requer a prestação? (data)		

1.1 Questões ao/à requerente

Tem emprego? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está desempregado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Trabalha por conta própria? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, em que cantão desconta para o seguro AHV?	Rendimento anual sujeito a AHV?
Encontra-se em licença de maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, desde quando? (data) previsivelmente até? (data)	
Está actualmente incapaz de trabalhar devido a doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Está actualmente incapaz de trabalhar devido a acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Está incapacitado de trabalhar de forma permanente devido a invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, desde quando? (data) qual é o grau de invalidez (%)?	

1.2 Dados sobre a entidade patronal

Nome			
Endereço: Rua / n°		Código postal / Localidade	Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)
Empregado desde / até	Taxa de actividade	Local de trabalho (cantão) apenas em caso de serviço de filial	Rendimento anual provável sujeito a AHV

É favor preencher, se houver mais empregadores

Nome			
Endereço: Rua / n°		Código postal / Localidade	Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)
Empregado desde	Taxa de actividade	Local de trabalho (cantão) apenas em caso de serviço de filial	Rendimento anual provável sujeito a AHV



2. Cônjuge ou parceiro/parceira de união

Se o outro parente não for idêntico com o parceiro actual, é favor preencher adicionalmente o inciso 3.

Apelido		Nome próprio		Data de nascimento
N° de AHV (se souber: novo n° de 13 dígitos do seguro de pensões obrigatório)		Sexo <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher		Nacionalidade
Candidato a asilo político <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estado civil <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> em concubinato <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> enviuvado <input type="checkbox"/> união civil registada <input type="checkbox"/> união civil dissolvida				
Endereço: Rua / n°		Código postal / Localidade		País
Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)				
Pai / mãe consanguíneo das crianças <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Padrasto / madrasta das crianças <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Pai / Mãe de criação das crianças <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (desde que trate principalmente do sustento das crianças)
Você é o pai/mãe consanguínea ou padrasto/madrasta ou pai/mãe de criação de todas as crianças no inciso 4? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, só conta para as crianças das alíneas.....até.....no inciso 4				

2.1 Questões sobre o cônjuge ou o parceiro/a parceira de união

Tem emprego? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está desempregado/a? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Trabalha por conta própria? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, em que cantão desconta para o seguro AHV?	Rendimento sujeito ao seguro de pensões AHV em comparação com o do cônjuge <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior
Encontra-se em licença de maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, desde quando? (data) previsivelmente até? (data)	
Está actualmente incapaz de trabalhar devido a doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Está actualmente incapaz de trabalhar devido a acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Está incapacitado de trabalhar de forma permanente devido a invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, desde quando? (data) qual é o grau de invalidez (%)?	

2.2 Dados sobre a entidade patronal

Nome			
Endereço: Rua / n°		Código postal / Localidade	Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)
Empregado desde / até	Taxa de actividade	Local de trabalho (cantão) apenas em caso de serviço de filial	Rendimento sujeito ao seguro de pensões AHV em comparação com o do cônjuge <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior

É favor preencher, se houver mais empregadores

Nome			
Endereço: Rua / n°		Código postal / Localidade	Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)
Empregado desde	Taxa de actividade	Local de trabalho (cantão) apenas em caso de serviço de filial	Rendimento sujeito ao seguro de pensões AHV em comparação com o do cônjuge <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior



3. Parente divorciado ou separado

Apelido		Nome próprio		Data de nascimento	
Nº de AHV (se souber: novo nº de 13 dígitos do seguro de pensões obrigatório)		Sexo <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher	Nacionalidade		Candidato a asilo político <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado civil <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> em concubinato <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> enviuvado <input type="checkbox"/> união civil registada <input type="checkbox"/> união civil dissolvida					
Endereço: Rua / nº		Código postal / Localidade		País	
Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)					
Pai / mãe consanguíneo das crianças <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Padrasto / madrasta das crianças <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Pai / Mãe de criação das crianças <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (desde que trate principalmente do sustento das crianças)	
Você é o pai/mãe consanguínea ou padrasto/madrasta ou pai/mãe de criação de todas as crianças no inciso 4? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, conta apenas para as crianças das alíneas.....até.....no inciso 4					

3.1 Questões sobre o parente divorciado ou separado

Tem emprego? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está desempregado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Trabalha por conta própria? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, em que cantão desconta para o seguro AHV?	Rendimento sujeito ao seguro de pensões AHV em comparação com o do ex-cônjuge <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior
Encontra-se em licença de maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, desde quando? (data)	previsivelmente até? (data)
Está actualmente incapaz de trabalhar devido a doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Está actualmente incapaz de trabalhar devido a acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, desde quando? (data)
Está incapacitado de trabalhar de forma permanente devido a invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, desde quando? (data)	qual é o grau de invalidez (%)?

3.2 Dados sobre a entidade patronal

Nome			
Endereço: Rua / nº		Código postal /Localidade	Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)
Empregado desde	Taxa de actividade	Local de trabalho (cantão) apenas em caso de serviço de filial	Rendimento sujeito ao seguro de pensões AHV em comparação com o do ex-cônjuge <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior

É favor preencher, se houver mais empregadores

Nome			
Endereço: Rua / nº		Código postal /Localidade	Contactável: (Telefone, e-mail, etc.)
Empregado desde	Taxa de actividade	Local de trabalho (cantão) apenas em caso de serviço de filial	Rendimento sujeito ao seguro de pensões AHV em comparação com o do ex-cônjuge <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior



4. Filhos

Filho	Apelido	Nome(s) próprio(s)	Data nascimento	m / f	Vive junto consigo		Relação da pessoa requerente à criança				Incapaz de trabalhar
					Sim	Não**	F1*	F2*	E*	F3*	Sim
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* F1 = filho consanguíneo, F2 = filho adoptivo, E = enteado, F3 = filho de criação

**Não = Caso a criança não viva no lar do requerente, é favor completar o endereço na tabela em baixo

Dados adicionais sobre filhos a estudar ou em formação profissional

Filho	Tipo de formação					Rendimento anual	Endereço de residência do filho (Rua / n°, Código postal / Localidade, país)
	A [◆]	E [◆]	Ap [◆]	Es [◆]	I [◆]		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

◆ A = Aluno, E = Estudante, Ap = Aprendiz, Es = Estagiário, I = Incapaz de trabalhar

5. Avisos importantes / Confirmação dos dados

Avisos importantes

- Apenas podem ser processados requerimentos preenchidos por completo, com todos os documentos/anexos (ver suplemento).
- O pagamento de subsídios por filhos a cargo antes do recebimento da respectiva decisão sobre as prestações efectua-se por conta e risco do empregador.

O/A requerente confirma de que

- preencheu o pedido de forma sincera e verídica,
- tomou conhecimento, de que por cada filho só pode ser recebida uma prestação completa,
- pode estar a cometer um delito, se fornecer dados falsos ou se ocultar factos,
- tem de restituir prestações que tenham sido recebidas indevidamente,
- assume a obrigação de informar sem falta à entidade patronal ou à caixa de compensação todas as alterações nas relações da família que possam influenciar o direito às prestações.

Localidade e data

Assinatura do/da requerente

O empregador confirma de que o requerimento foi preenchido de forma sincera e verídica.

Local e data

Carimbo e assinatura do empregador

