

SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA (*)

A preencher pelo serviço

Autorizo o pagamento do subsídio no montante de €

- valor indicado na declaração anexa, com o limite do valor de 1,1 IAS (indexante dos apoios sociais)
- subsídio por assistência de terceira pessoa, prestação familiar prevista no D.L. n.º 133-B/97, de 30 de Maio

Requerimento do trabalhador

Nome completo
Identificação do órgão ou serviço:
Data do acidente/diagnóstico, presuntivo ou definitivo, da doença profissional <i>(riscar o que não interessa)</i> ____/____/____
Declaro que a assistência é assegurada por um período igual ou superior a 6 horas diárias, por pessoa(s) inteiramente disponível(eis) para o efeito, durante o período em que presta(m) a assistência.
Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada até ao fim do mês da sua verificação.
As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
____/____/____ _____ Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme BI

Declaração da prestação de assistência de terceira pessoa

Identificação da(s) pessoa(s) que presta(m) a assistência de terceira pessoa

Nome completo		
BI n.º	Emitido em ____/____/____	por
Morada		
Localidade	Cód. Postal	Tel.
Período de atendimento: das ____ H às ____ H	Remuneração devida, se for o caso: € _____, ____	
____/____/____	_____	
Assinatura da pessoa que presta a assistência, conforme BI		

Nome completo		
BI n.º	Emitido em ____/____/____	por
Morada		
Localidade	Cód. Postal	Tel.
Período de atendimento: das ____ H às ____ H	Remuneração devida, se for o caso: € _____, ____	
____/____/____	_____	
Assinatura da pessoa que presta a assistência, conforme BI		

(*) A preencher no acto do requerimento. Em caso de haver pagamento de remuneração (ões), preencher mensalmente.