

1 - Identificação do aposentado/reformadoN.º da CGA Nome O requerente é o aposentado/reformado identificado? Sim NãoO descendente é tutelado ou representado por uma instituição ou entidade? Sim Não**2 - Identificação do requerente****2.1 - Pessoa**Nome Data de nascimento Sexo Nacionalidade Estado civil Doc. identificação N.º ident. NIF Código bairro fiscal **2.2 - Instituição / Entidade**Código Nome **2.3 - Informação para contacto**Nome Morada Localidade País Código postal - Telefone E-mail Telemóvel **3 - Modo de pagamento**Conta bancária Nacional EstrangeiraÉ titular da conta bancária da CGD cujo IBAN é PT50

(deverá enviar documento bancário comprovativo da titularidade atualizado)

Único titular? Sim Não Cotitular/Autorizado **4 - Autenticação do requerente**

Declaro que a assistência é assegurada por período igual ou superior a 6 horas diárias e que não foi requerido, nem está a ser recebido, subsídio por assistência de terceira pessoa ou pensão social de invalidez pelo descendente identificado e que este não frequenta estabelecimento de educação especial, não está internado em estabelecimento comparticipado pela Segurança Social, nem é beneficiário do regime contributivo da Segurança Social

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada no prazo de 30 dias após a sua ocorrência.

Data Assinatura do requerente/subscritor ou do seu representante, conforme documento de identificação

Os elementos fornecidos são processados automaticamente pelos serviços da Caixa Geral de Aposentações, destinando-se, exclusivamente, a ser utilizados no âmbito do sistema de proteção social do funcionalismo público em matéria de pensões. Os interessados poderão consultar os dados sujeitos a tratamento, bem como solicitar a retificação de inexactidões de que eles padeçam, nos termos da legislação aplicável à proteção de dados pessoais.

5 - Elementos relativos ao descendente para quem é requerido o subsídio

Nome	<input type="text"/>					
Data de nascimento	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>	
Estado civil	<input type="text"/>		Doc. identificação	<input type="text"/>	N.º ident.	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>		Código bairro fiscal	<input type="text"/>		
Situação escolar	<input type="text"/>					
O descendente vive a cargo do pensionista?			<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não		
O descendente tem deficiência?			<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não		
Vive em comunhão de mesa e habitação com o pensionista?			<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não		
Se Não Indique:						
Motivo	<input type="text"/>					
Morada	<input type="text"/>					
Localidade	<input type="text"/>			País	<input type="text"/>	
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Parentesco com o pensionista da CGA	<input type="text"/>		Parentesco do requerente com o descendente	<input type="text"/>		
Nome da pessoa que presta ou se dispõe a prestar assistência	<input type="text"/>					
Data de início da prestação de assistência	<input type="text"/>					

6 - Observações

Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento? Sim Não

Observações (se vai enviar documentação adicional indique-a aqui)