

Dados da entidade requerente

1

Nome

Natureza jurídica

N.º de Identificação de Pessoa Coletiva

Morada da Sede

Código postal

Freguesia

Concelho

Distrito

Registo Direção-Geral de Segurança Social/ N.º inscrição

Nome do responsável pela entidade requerente

Dados do estabelecimento

2

Nome

Morada

Código postal

Freguesia

Concelho

Distrito

Telemóvel ou telefone

E-mail

Pedido de compensação por demência

3

Centro Distrital de Segurança Social competente

Protocolo de Cooperação

Cláusula

Anexa declaração de reconhecimento da situação de demência emitida por médico da especialidade de neurologia ou de psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde ?

Sim Não

Anexa lista de utente(s) em situação de demência reconhecida ? (preencher o quadro 4. Lista nominativa)

Sim Não

Ano (a que se reporta o pedido)

5

Declarações

Declaro que a informação que prestei é verdadeira e completa.

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

- -
ano mês dia

Assinatura

Assinatura conforme documento de identificação válido.

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/da **Requerente** **Pessoa que assinou** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número

Validade

- -
ano mês dia

Assinatura