



Câmara Municipal de Lisboa
Direção Municipal de Recursos Humanos
Departamento de Gestão de Recursos Humanos

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

Prestações familiares - Bonificação por deficiência

Identificação do trabalhador

Nome _____ N.º trabalhador _____
Morada _____ Código Postal _____ - _____
Localidade _____ Telefone/Telemóvel _____
E-mail _____
Relação do trabalhador com a criança ou jovem _____
DM - Departamento - Divisão _____

Identificação do requerente (caso o pedido não seja apresentado pelo trabalhador)

Nome _____
Morada _____ Código Postal _____ - _____
Localidade _____ Telefone/Telemóvel _____
Relação do requerente com a criança ou jovem _____
Doc. identificação _____ N.º _____ Validade _____ NIF _____

Requer bonificação por deficiência

Identificação da criança ou jovem

Nome _____
Nascido a _____ Sexo Feminino Masculino Estado civil _____
O descendente vive a cargo do trabalhador? Sim Não
Vive em comunhão de mesa e habitação com o trabalhador? Sim Não

Se não, indique o motivo, morada e contacto telefónico:

Qualquer alteração sobre a informação prestada será comunicada até ao final do mês da sua verificação.

Lisboa, _____

(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo, conforme cartão de identificação)

Notas:

O requerimento deve ser apresentado, no balcão RH, sito no Campo Grande, 25, no prazo de seis meses contados a partir do mês seguinte àquele em que se verificou a deficiência. Se o pedido ultrapassar este prazo, o subsídio será pago, apenas, a partir do mês seguinte ao da apresentação do requerimento.

No caso de deficiência não permanente o pedido deve ser renovado anualmente.

CERTIFICADO MÉDICO (*)

Nome completo _____
portador da cédula pessoal n.º _____ emitida pela Ordem dos Médicos, com
domicílio profissional _____

declara que, no exercício da sua atividade profissional, observou _____
cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde _____ portador da seguinte deficiência:

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por anomalia | <input type="checkbox"/> Congénita | <input type="checkbox"/> De estrutura | <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="checkbox"/> e/ou Intelectual | <input type="checkbox"/> e/ou Fisiológica | <input type="checkbox"/> e/ou Anatómica |
| <input type="checkbox"/> Adquirida | <input type="checkbox"/> De função | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Por perda | <input type="checkbox"/> Congénita | <input type="checkbox"/> De estrutura | <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="checkbox"/> e/ou Intelectual | <input type="checkbox"/> e/ou Fisiológica | <input type="checkbox"/> e/ou Anatómica |
| <input type="checkbox"/> Adquirida | <input type="checkbox"/> De função | | | | | |

Natureza da deficiência: Permanente Não permanente % (**) _____

SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRA A CRIANÇA OU JOVEM

Necesita de atendimento individualizado Pedagógico e/ou Terapêutico
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. Este atendimento deverá ser prestado nas seguintes condições:

Frequenta, está internado ou em condições de frequência ou de internamento em estabelecimento especializado de reabilitação.

A informação clínica que fundamenta este certificado está devidamente anotada e guardada em _____

Lisboa, _____

(Assinatura do médico)

NOTA: Juntar cópia da declaração do Delegado de Saúde

(*) A certificação deve ser efetuada por equipas multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, não as havendo, por médicos especialistas na
deficiência em causa, ou ainda pelo médico assistente.

(**) Preencher se necessário para efeitos de IRS