

Divisão de Recursos Humanos

Abono de Família Pré-Natal

Abono de Famílias para Crianças e Jovens

## 1. Elementos Relativos ao Requerente

### 1.1 Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ N.º Identificação Seg. social: \_\_\_\_\_  
Ano Mês Dia

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ N.º Identificação Fiscal: \_\_\_\_\_

A Preencher, apenas, no caso de não ter número de identificação de segurança social, indique:

Sexo (F ou M)  Estado Civil \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Certidão Registo Civil, B.I., etc) Ano Mês Dia

### 1.2 Outros Elementos (A preencher consoante as situações)

Foi requerido abono de família pré-natal a outra instituição? Sim  Não

Foi requerido abono de família pela mesma criança ou jovem a outra instituição? Sim  Não

Se respondeu sim em qualquer das situações, indique:

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_ N.º de Beneficiário \_\_\_\_\_

Assinale com X a situação do requerente, relativamente à criança ou jovem

- Pai / Mãe ou Equiparado  Pessoa idónea que viva em comunhão de mesa e habitação com a criança ou jovem
- Representante Legal  Pessoa a quem a criança ou jovem está confiada administrativa ou judicialmente
- Entidade que tem a criança ou jovem à sua guarda  O Próprio jovem (com idade superior a 18 anos)

Atenção: Nos casos em que a criança / jovem se encontra internada em estabelecimentos de apoio social, centro de acolhimento, centro tutelar educativo ou de detenção, preencha, apenas, os quadros nºs 2, 4 e 5.

(continua no verso)



Contactos DRH: Tel.: 255 710 727 Fax: 255 710 711

Correio Eletrónico: [recursos.humanos@cm-penafiel.pt](mailto:recursos.humanos@cm-penafiel.pt)

Praça Municipal 4564-002 Penafiel

Tel.: 255 710 700 Fax: 255 711 066 Correio Eletrónico: [penafiel@cm-penafiel.pt](mailto:penafiel@cm-penafiel.pt)

## 2. Elementos relativos à criança ou jovem (a preencher no caso de abono de família para crianças e jovens)

### 2.1 Identificação

Nome Completo:

Data de Nascimento:  Ano  Mês  Dia N.º de Identificação de Seg. Social:

Sexo (F ou M)  Estado civil  N.º Identificação Fiscal

Filiação: Pai

Mãe

Naturalidade:

País:  Distrito  Concelho

Freguesia:  Nacionalidade:

Morada:

Código Postal:  -

Localidade

Documento de Identificação:  N.º  de  Ano  Mês  Dia  
(Certidão Registo Civil, Bilhete Identidade, etc)

### 2.2 Outros Elementos

O jovem está a exercer atividade laboral?  Sim  Não

Se sim, indique qual o regime de proteção social que a abrange

## 3. Elementos do agregado familiar (ver instruções de preenchimento)

### 3.1 Composição do agregado familiar à data em que é requerido abono de família

N.º DE ORDEM	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO / OUTRA SITUAÇÃO
1	Criança ou jovem para quem é requerido o abono de família (*)	.....	.....
2		<input type="text"/>	
3		<input type="text"/>	
4		<input type="text"/>	
5		<input type="text"/>	

(\*) Não preencher esta linha

(continua na página seguinte)



## Divisão de Recursos Humanos

3.2 Rendimentos anuais ilíquidos em 31 de Dezembro do ano anterior (indique pela mesma ordem referida em 3.1)

N.º DE ORDEM	RENDIMENTOS ANUAIS ILÍQUIDOS	OBSERVAÇÕES
1	_____ €	Quando os elementos do Agregado familiar indicados nos Quadros 3.1 e 3.2 não forem coincidentes, justifique a alteração na linha correspondente
2	_____ €	
3	_____ €	
4	_____ €	
5	_____ €	
	_____ €	
	_____ €	Se preencheu Folha de Continuação – indique o respetivo total
	_____ €	TOTAL GLOBAL

### 3.3 Outras Informações

Os membros do agregado familiar indicados no Quadro 3.1 vivem todos em economia familiar?

Sim  Não

Se não, identifique-os e indique o motivo \_\_\_\_\_

Indique o n.º de crianças ou jovens com direito ao abono de família integrados no agregado familiar

\_\_\_\_

3.2 A preencher se houver elementos do agregado familiar a residir e/ou a trabalhar fora do território nacional

N.º DE ORDEM	DESIGNAÇÃO DO PAÍS DE RESIDÊNCIA	DESIGNAÇÃO DO PAÍS DE TRABALHO
1		_____
2		
3		
4		
5		

(Indique pela mesma ordem referida em 3.1)

### 4. Modo de Pagamento (Ver informações – Pagamento das Prestações)

A prestação pode ser paga por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o número de Identificação Bancária (NIB)

\_\_\_\_\_

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do NIB, será utilizado outro meio de pagamento

### 5. Certificação do Requerente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Tomei conhecimento de que devo comunicar qualquer alteração da informação prestada no prazo de 10 dias úteis a contar da data da sua verificação

\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

Contactos DRH: Tel.: 255 710 727 Fax: 255 710 711

Correio Eletrónico: [recursos.humanos@cm-penafiel.pt](mailto:recursos.humanos@cm-penafiel.pt)

Praça Municipal 4564-002 Penafiel

Tel.: 255 710 700 Fax: 255 711 066 Correio Eletrónico: [penafiel@cm-penafiel.pt](mailto:penafiel@cm-penafiel.pt)