



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

INSTITUTO DE EMPREGO DA MADEIRA, IP-RAM

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA, IP-RAM

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES DE DESEMPREGO
TRABALHADORES INDEPENDENTES ECONOMICAMENTE DEPENDENTES

1 INFORMAÇÃO DO INSTITUTO DE EMPREGO DA MADEIRA, IP-RAM

Registo de Entrada

___/___/___

Incrito CO Em ___ ano ___ mês ___ dia

CPP ___

Número

CAE

Desemprego involuntário ☐ Sim ☐ Não

Capacidade para o Trabalho ☐ Sim ☐ Não

Disponibilidade p/ o trabalho ☐ Sim ☐ Não

Reune as condições? ☐ Sim ☐ Não

N.º de Utente

Observações

O Diretor,

2 ELEMENTOS DO BENEFICIÁRIO

Nome completo

Data de nascimento

ano mês dia

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Código do Serviço de Finanças

Morada

Código postal

Localidade

Telefone

Endereço Eletrónico

3 SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Indique a data de cessação do contrato de prestação de serviços

ano mês dia

Indique o motivo de desemprego:

☐ da iniciativa da entidade contratante

☐ da iniciativa do trabalhador

Mantém o exercício da atividade independente? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **Sim**, indique:

Tipo de atividade independente exercida

Valor do rendimento mensal ilíquido _____, _____ Euros.

Está abrangido por outro sistema de proteção social obrigatório, nacional ou estrangeiro? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **Sim**, indique a instituição

É pensionista de algum sistema de proteção social obrigatório, nacional ou estrangeiro? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **Sim**, indique a instituição

(continua na pág. seguinte)

4

Caso se encontre em alguma situação de suspensão do prazo legal para requerer:

☐ Incapacidade por doença (no caso de doença prolongada por mais 30 dias, seguidos ou interpolados, no período de 90 dias após o desemprego, o prazo para requerer é suspenso se a incapacidade for confirmada pelo sistema de verificação de incapacidades, após comunicação do facto pelo beneficiário).

☐ Direito a subsídio no âmbito da proteção social na parentalidade (maternidade, paternidade e adoção)

☐ Exercício de funções de manifesto interesse público

☐ Detenção em estabelecimento prisional

Data de início _____ Data de fim _____

5

6 CERTIFICAÇÃO

ano mês dia

ano mês dia

Assinatura e carimbo do centro de emprego

Pág. 2/2