



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 ___ CAE ___
Número ___
Desemprego involuntário ☐ Sim ☐ Não
Capacidade para o Trabalho ☐ Sim ☐ Não
Disponibilidade p/ o trabalho ☐ Sim ☐ Não N.º de Utente ___
Reune as condições? ☐ Sim ☐ Não
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

O prazo legal de apresentação do requerimento é de 90 dias consecutivos a contar da data do desemprego. Se o requerimento for apresentado fora daquele prazo, são descontados, ao período de atribuição, os dias respeitantes ao atraso.

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

Indique o motivo da suspensão do prazo

- ☐ 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

Indique:

Data de início _____ ano _____ mês _____ dia _____

Data de fim _____ ano _____ mês _____ dia _____

5

O pagamento das prestações pode ser efetuado por depósito em conta bancária, para o que deverá indicar o Número de Identificação Bancária (NIB)

A horizontal number line with 20 tick marks, labeled from 1 to 20.

Na falta deste elemento ou da sua indicação incorreta será utilizado outro meio de pagamento.

6

Tomei conhecimento dos deveres a que estou obrigado, perante a Segurança Social e o Centro de Emprego, durante o período de atribuição das prestações de desemprego.

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

ano mês dia

Assinatura e carimbo

Certificação do beneficiário e do centro de emprego (no caso de requerimento apresentado no centro de emprego)

A cópia do requerimento a entregar ao beneficiário, acompanhada de informações sobre os seus deveres, deve ser assinada por este e assinada e carimbada pelo centro de emprego.

ano mês dia

Assinatura do beneficiário conforme documento de identificação válido

Assinatura e carimbo do centro de emprego

Os dados constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados da segurança social.

O beneficiário poderá aceder à informação que lhe diz respeito e proceder à sua correção. Poderão igualmente, aceder à informação que lhe diz respeito os elementos do agregado familiar, quando mencionados.