

Formulário de declaração referente ao “Programa relativo ao incentivo de emprego de beneficiários da pensão de invalidez” (versão revista em 2020)

Reservado ao FSS

DP7

Para: Fundo de Segurança Social

Nome: _____, BIRM n.º : _____
(deve anexar a fotocópia do BIRM)

Declaro que:

A partir de ____ (ano) ____ (mês) ____ (dia) exerço o trabalho na empresa (nome) _____,
sita(endereço) _____.

Em (nome da empresa) _____, prestei o trabalho até ____ (ano) ____ (mês) ____ (dia).

Em (nome da empresa) _____, já exerci o trabalho há mais de 90 dias.

Declaração

Venho declarar junto do FSS que pretendo entrar no mercado laboral, tomei conhecimento que tenho de cumprir os direitos e deveres durante o período de trabalho experimental, tomando ainda conhecimento que:

1. Cada período de trabalho experimental não pode exceder 90 dias. 12 meses fazem uma fase. Em cada fase é permitido requerer no máximo de duas vezes de trabalho experimental. Se prestar trabalho a dois diferentes empregadores, é considerado como duas vezes de trabalho experimental. Se for contratado pelo mesmo empregador, mesmo que os dias de trabalho não sejam consecutivos (por exemplo: trabalho eventual), o período de trabalho experimental é contado sucessivamente a partir do dia de início de trabalho experimental.

2. O trabalho experimental está sujeito às declarações individuais. É necessário efectuar as declarações junto do FSS, respectivamente, dentro de 30 dias contados após o início de trabalho experimental, bem como, dentro de 30 dias após a cessação de trabalho experimental ou após o fim do prazo máximo de trabalho experimental de cada vez (90 dias).

3. Se continuar a exercer o trabalho depois de decorrido o período de trabalho experimental (incluindo o prazo máximo de trabalho experimental de cada vez - 90 dias, ou o máximo de trabalho experimental de cada fase – duas vezes) ou se não declarar dentro do prazo a cessação de trabalho, vai ser cessada a concessão da pensão de invalidez e é obrigatório devolver toda a quantia indevidamente recebida.

Concordo em receber a mensagem (SMS) por telemóvel emitida pelo FSS sobre a pensão de invalidez.

Sou membro de _____ (Nome da instituição/associação), concordo que os dados da presente participação no programa de emprego poderão ser disponibilizados à instituição/associação referida, para que possa fornecer o relevante serviço de apoio ao emprego.

Concordo que os dados da presente participação no programa de emprego poderão ser disponibilizados à DSAL e ao IAS, para que possam fornecer o relevante serviço de apoio ao emprego.

Dados da pessoa a contactar:

Nome: _____ Relação: _____ Telefone: _____

Assinatura do declarante (conforme o BIRM)

Macau, ____ ano ____ mês ____ dia