

殘疾金申請表

REQUERIMENTO DE PENSÃO DE INVALIDEZ

由申請人填寫 A PREENCHER PELO REQUERENTE

姓名 _____ 澳門居民身份證編號 _____
Nome completo _____ BIRM N.º (須附同身份證影印本 Deve anexar fotocópia do BIR)

銀行 _____ 澳門幣銀行帳號 _____
Banco _____ Conta bancária de MOP n.º (須附同帳號影印本 Deve anexar fotocópia da conta bancária)

☐ 本人同意以流動短訊(SMS)接收社會保障基金發出有關本人殘疾金之訊息。

Eu concordo em receber a mensagem do FSS relativa à pensão de invalidez através de telemóvel (SMS).

1. 本人知悉：倘本人重新擔任有薪酬的工作，須即時通知社會保障基金停止殘疾金發放，並退還於工作期間已收取的殘疾金；如停止工作後欲再次領取殘疾金，必須重新申請及接受會診委員會的健康檢查。

Tomei conhecimento que caso volte a desempenhar trabalho remunerado, devo notificar imediatamente o FSS com vista a suspender a atribuição da pensão de invalidez e devolver o valor da pensão de invalidez recebido durante o período de trabalho. Caso termine o trabalho e pretenda receber novamente a pensão, preciso de apresentar novamente o requerimento e ser reavaliado pela Junta Médica.

2. 根據第 4/2010 號法律《社會保障制度》第 25 條第 3 及 4 款，養老金、殘疾金、失業津貼及疾病津貼的給付不得互相重疊，倘有重疊收取給付，本人選擇收取相同時段金額較多的給付；倘重疊給付金額與是次申請給付金額相等，本人選擇是次申請之給付。

Nos termos dos n.ºs 3 e 4 do artigo 25.º da Lei n.º 4/2010 (Regime da Segurança Social), a pensão para idosos, pensão de invalidez, subsídio de desemprego e subsídio de doença não são cumuláveis entre si. Se houver a acumulação das prestações a receber, vou escolher a prestação mais favorável durante o período idêntico; e se o montante entre a prestação acumulada e a presente prestação requerida for igual, prefiro a última opção.

聯絡人資料 Dados da pessoa a contactar :

姓名 _____ 與本人關係 _____ 澳門居民身份證編號 _____
Nome completo _____ (tipo de relação) _____ BIRM N.º _____

聯絡電話 _____ 聯絡地址 _____
Tel _____ Endereço _____

由社會保障基金填寫 RESERVADO AO FSS

申請人簽名（須與身份證一致）
Assinatura do requerente (conforme o BIR)

澳門 _____ 日 _____ 月 _____ 年
Macau _____ dia _____ mês _____ ano

需遞交文件 Documentos necessários:

- 申請人的澳門居民身份證影印本（須出示正本）；
Fotocópia do bilhete de identidade de residente de Macau do requerente (é necessário apresentar o original);
- 最近 3 個月內由澳門特別行政區政府衛生局註冊醫生發出的患病證明；
Prova de doença emitida nos últimos três meses por médico inscrito nos Serviços de Saúde do Governo da RAEM;
- 載有住址的文件（如水、電、電話費單）；
Documento onde conste o endereço (factura de água, de electricidade, de telefone);
- 申請人的個人澳門幣銀行帳戶資料影印本或聯名澳門幣銀行帳戶資料影印本（須另外填妥「DP1 格式第二頁之使用聯名帳戶聲明書」及遞交聯名人身份證明文件影印本）。
Fotocópia da caderneta da conta bancária individual, em patacas, do requerente, ou da caderneta da conta colectiva (devendo, neste caso, preencher a segunda página do modelo DP1 - Declaração sobre o uso de conta bancária colectiva e entregar uma fotocópia do documento de identificação dos restantes titulares da conta)。

殘疾金申請表收條 RECIBO DO REQUERIMENTO DE PENSÃO DE INVALIDEZ

注意：倘重新擔任有薪酬的工作，須即時通知社會保障基金停止殘疾金發放，並退還於工作期間已收取的殘疾金；如停止工作後欲再次領取殘疾金，必須重新申請及接受會診委員會的健康檢查。

Nota: Caso volte a desempenhar trabalho remunerado, devo notificar imediatamente o FSS com vista a suspender a atribuição da pensão de invalidez e devolver o valor da pensão de invalidez recebido durante o período de trabalho. Caso termine o trabalho e pretenda receber novamente a pensão, preciso de apresentar novamente o requerimento e ser reavaliado pela Junta Médica.