

1

會員資料

IDENTIFICAÇÃO DO SUBSCRITOR

會員編號 Subscritor N°		中文姓名 Nome em Chinês		葡文姓名 Nome em Português	
部門 Serviço		職級 Categoria			
電話 Telefone	手機 Telemóvel	地址 Morada			

2

致退休基金會主席 閣下 Exma. Senhora Presidente do Fundo de Pensões



書
請
冊
Requerimento

根據現行法例，現申請給予退還下列期間已作扣除之供款：

Solicito que me sejam devolvidos os descontos efectuados durante o período abaixo indicado, nos termos da legislação em vigor:

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 不適當之供款
Descontos indevidos | { <澳門公共行政工作人員通則>第 273 條第 1 款
N° 1 do artigo 273° do ETAPM } |
| <input type="checkbox"/> | * 因供款人喪失工作能力之供款
Descontos por incapacidade do subscritor | { <澳門公共行政工作人員通則>第 273 條第 3 款
N° 3 do artigo 273° do ETAPM } |
| <input type="checkbox"/> | * 達到因病缺勤上限
Limite de faltas por doença | { <澳門公共行政工作人員通則>第 107 條第 1 款 b 項
Alínea b) do n° 1 do artigo 107° do ETAPM } |
| <input type="checkbox"/> | ** 行政任用合同之供款
Descontos - C.A.P. | { 8 月 19 日第 24/96/M 號法律及第 12/2015 號法律
Lei n°24/96/M, de 19 de Agosto e Lei n°12/2015 } |

● 期間 período: 由 de _____ 至 até _____

* 備註: 未取得退休之權利而被視為無工作能力的工作人員，應自健康檢查委員會認可之日起 90 天內申請退還已扣除的款項。

Nota: O subscritor que seja julgado incapaz, antes de adquirir o direito à aposentação, deve requerer o reembolso dos descontos por si efectuados no prazo de 90 dias contados a partir da data da homologação do parecer da Junta de Saúde.

** 備註: 申請人必須是根據第 12/2015 號法律轉為行政任用合同的前編制外合同人員，而申請應於合同失效或解除日起計 90 天內提出。

Nota: O requerente deve ser antigo pessoal contratado além do quadro, cujo contrato foi alterado para contrato administrativo de provimento nos termos da Lei n°12/2015, e a devolução dos descontos deve ser requerida no prazo de 90 dias, contados da data de rescisão ou caducidade do contrato.

聲
明
書
Declaração

- 謹允許退休基金會將本人應收之款項存入下列帳戶：
Autorizo o Fundo de Pensões a depositar as importâncias que me forem devidas na seguinte conta bancária :

銀行名稱 _____ 帳號 _____
Nome do Banco _____ N° da Conta _____

帳戶的持有人為本人及(*)
aberta em meu nome e no de (*)

(*) 如帳戶有其他持有人，必須指出。

Necessidade de indicação do nome de outros titulares da conta, caso haja.

附
交
文
件
Doc. Anexo

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 銀行存摺影印本 | Fotocópia da caderneta da conta |
| <input type="checkbox"/> | 糧單 | Nota de abonos e descontos |
| <input type="checkbox"/> | 格式 B/R | Modelo B/R |
| <input type="checkbox"/> | 申請人所屬機關的有關證明 | Confirmação da situação por parte do serviço do requerente |
| <input type="checkbox"/> | 健康檢查委員會意見書的鑑證影印本 | Fotocópia autenticada do parecer da Junta de Saúde |
| <input type="checkbox"/> | 庫房債務清訖證明書 | Prova de quitação com a Fazenda |
| <input type="checkbox"/> | 其他 Outros _____ | |

3

澳門 Macau _____

申請人/ 聲明人 簽名 Assinatura do requerente / declarante

本會專用
Para uso do FP

會員輔助處 DAS