

供款人資料 Dados do Contribuinte	
姓 Apellido:	名 Nome:
供款人編號 N.º de contribuinte:	部門 Serviço:
通訊地址 Endereço de contacto: _____	
電郵地址 Endereço do correio electrónico: _____	
手提電話 Telemóvel: _____	其他電話 Outro telefone: _____
<input type="checkbox"/> 本人同意 Concordo	<input type="checkbox"/> 本人不同意 Não concordo
透過上述手提電話接收退休基金會發出的短訊 (sms) 。 com a recepção de mensagens enviadas pelo Fundo de Pensões através do telemóvel acima referido.	

聲明書 Declaração	
茲聲明 Declaro que	
<input type="checkbox"/> 本人 Próprio	<input type="checkbox"/> 本人及親屬 Próprio e agregado familiar
<input type="checkbox"/> 本人親屬 Agregado familiar	
符合第 8/2006 號法律第十九條之有關規定，並擬保留衛生護理權。 <i>Está(ão) nas condições estipuladas no artigo 19.º da Lei n.º 8/2006 pretende(m) manter o direito de acesso a cuidados de saúde.</i>	

保留衛生護理權的親屬關係人資料 Dados do agregado familiar que mantêm o direito de acesso a cuidados de saúde				
姓名 Nome	親屬關係 Parentesco	出生日期 Data de Nascimento	情況代號 (a-g) Código Situação	工作 Trabalho
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

註：為取得衛生護理而作出的月供款，須支付予衛生局，而月供款以註銷登記前一日之月薪酬作為計算基礎，並追溯自註銷登記日起計算。
Nota: A contribuição mensal para os efeitos do acesso a cuidados de saúde é paga aos Serviços de Saúde, e tem como base de cálculo a retribuição mensal auferida pelo contribuinte no dia anterior à data do cancelamento da sua inscrição com efeitos retroactivos a partir da data do cancelamento da inscrição.

另本人聲明 Mais declaro que:	
<input type="checkbox"/>	a- 有關親屬非為另一衛生護理特別保障制度之受益權利人 o(s) agregado(s) familiar(es) não é(são) titular(es) de outro(s) esquema(s) especial(is) de protecção na área de cuidados de saúde;
<input type="checkbox"/>	b- 有關成年卑親屬在學，且以個人名義每年收取的回報、租金、定期金或其他收益總額不超過相當於薪俸表六百點的金額 o(s) descendente(s) maior(es) encontra(m)-se matriculado(s) em estabelecimento de ensino e não aufer(e)m, anualmente, a título próprio, retribuições, rendas, pensões ou outros proventos de montante global superior ao valor do índice 600 da tabela indiciária;
<input type="checkbox"/>	c- 有關卑親屬被安排至再教育場所 o(s) descendente(s) encontra(m)-se em estabelecimento de reeducação;
<input type="checkbox"/>	d- 有關卑親屬長期患病或身體上或精神上無能力，即使如此，仍可從事某種活動，但此活動沒有為其提供超過相當於薪俸表六百點的金額的年收入 o(s) descendente(s) sofre(m) de doença prolongada ou de incapacidade física ou mental que, apesar de lhe(s) permitir o exercício de uma actividade, esta não lhe proporciona um rendimento anual superior ao valor do índice 600 da tabela indiciária;
<input type="checkbox"/>	e- 有關非已婚尊親屬每年收取的回報、租金、定期金或其他收益總額不超過相當於薪俸表六百點的金額 o(s) ascendente(s) não casado(s) não aufer(e)m, anualmente, retribuições, rendas, pensões ou outros proventos de montante global superior ao valor do índice 600 da tabela indiciária;
<input type="checkbox"/>	f- 有關已婚尊親屬但已事實分居兩年以上者每年收取的回報、租金、定期金或其他收益總額不超過相當於薪俸表六百點的金額 o(s) ascendente(s) casado(s) mas separado(s) de facto há mais de 2 anos não aufer(e)m, anualmente, retribuições, rendas, pensões ou outros proventos de montante global superior ao valor do índice 600 da tabela indiciária;
<input type="checkbox"/>	g- 有關已婚尊親屬夫婦每人收益不超過相當於薪俸表六百點的金額 os ascendentes casados não têm um rendimento per capita do casal superior ao valor do índice 600 da tabela indiciária.

最後，本人聲明倘出現權利終止之情況，即儘快交還有關衛生護理證予退休基金會。
Por último declaro que, em caso de cessação dos requisitos para aquisição do direito, deve-se proceder à devolução ao Fundo de Pensões do(s) respectivo(s) cartão(ões) de acesso a cuidados de saúde.

附件 Documentos Anexos

- 聲明人/親屬身份證明文件副本共_____份
_____Fotocópia(s) do(s) documento(s) de identificação do declarante / de cada agregado familiar
- 聲明人/親屬吋半彩色近照共_____張
_____Fotografia(s) colorida(s) recente(s) de 1,5 polegadas do declarante / de cada agregado familiar
- 婚姻記錄共_____份
_____Assento(s) de casamento
- 出生記錄共_____份
_____Assento(s) de nascimento
- 僱主實體發出有關衛生護理保障之聲明書共_____份
_____Declaração(ões) comprovativa(s), passada(s) pela respectiva entidade patronal relativo ao esquema especial de protecção, na área dos cuidados de saúde
- 社會保障基金供款證明文件共_____份
_____Documento(s) comprovativo(s) de pagamento de contribuições do Fundo de Segurança Social
- 收入證明共_____份
_____Prova(s) de rendimentos
- 在學證明/學生證共_____份
_____Certificado(s) escolar / Cartão(ões) de estudante
- 轉移資料同意書共_____份
_____Termo(s) de consentimento de transferência de dados
- 其他
Outros: _____

澳門特別行政區，於____/____/____
RAEM, aos

聲明人簽名 Assinatura do declarante
(請按身份證明文件的簽名式樣簽署
Favor assinar conforme o documento de identificação)

本會專用

公積金供款人輔助處 DAC