

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	
<input type="checkbox"/>	茲聲明本人符合第 8/2006 號法律第十九條之有關規定，並擬保留衛生護理權。 <i>Declaro que estou nas condições estipuladas no art.º 19.º da Lei n.º 8/2006, e que pretendo manter o direito de acesso a cuidados de saúde.</i>
<input type="checkbox"/>	茲聲明本人及下列親屬符合第 8/2006 號法律第十九條之有關規定，並擬保留衛生護理權： <i>Declaro que o próprio e o agregado familiar abaixo discriminado estamos nas condições estipuladas no art.º 19.º da Lei n.º 8/2006, e que pretendemos 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 mantém 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 de Situação (a-g)
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

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 :

a- 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 ;

b- 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 ;

c- 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 ;

d- 本人配偶非為另一衛生護理特別保障制度之受益權利人 o meu cônjuge não é titular de outro esquema especial de protecção na área de cuidados de saúde ;

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 ;

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 ;

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, será(ão) devolvido(s) ao Fundo de Pensões, com a brevidade possível, o(s) respectivo(s) cartão(ões) de acesso aos 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
- 任意性制度供款憑單共_____份
_____Mapa(s)-guia de pagamento de contribuições do regime facultativo
- 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
- 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