



## SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOCIAIS - SIS

Formulário nº:	Data:	APS:
----------------	-------	------

Ao (À) .....

Solicitamos a colaboração de nos fornecer os dados abaixo relacionados, para fins de subsidiar a **AVALIAÇÃO SOCIAL** da pessoa com deficiência, com vistas ao reconhecimento inicial de direito ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC.

As informações referentes ao Relatório Social serão utilizadas exclusivamente para a análise do benefício pleiteado e contam com autorização do usuário interessado ou seu representante legal.

*(Lei nº 8.742/93; Lei nº 8.662/93; Decreto nº 6.214/2007; Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 273/93 e Portaria MDS nº 44/2009).*

Ressaltamos que as informações solicitadas deverão retornar ao INSS em até 30 dias.

### Assistente Social Solicitante:

Nome:	Matrícula SLAPE:	Telefone para contato:
CRESS:	Assinatura:	

### Avaliado(a) ou Representante Legal:

Nome Avaliado(a):	NB:
-------------------	-----

Nome Representante Legal:

Autorizo, em caráter confidencial, utilizar as informações que se fizerem necessárias para compor o Relatório Social e informações complementares.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Avaliado(a) ou Representante Legal

### 1. ( ) Relatório Social (preenchimento exclusivo do Assistente Social)

Emitir Relatório Social informando a situação de **vulnerabilidade social** do(a) avaliado(a), com destaque para:

**OBS:** Favor anexar o Relatório Social a esta SIS.

## ANEXO V



### 2. ( ) **Informações complementares (preenchimento por outros profissionais)**

Emitir informações sobre a situação do(a) avaliado(a), com destaque para:

**OBS:** Favor anexar as informações a esta SIS.

### 3. ( ) **Serviços e Programas existentes no Município** *(especificar os destinados às pessoas com deficiência):*

- Serviços de assistência social (CRAS, CREAS e outros):

- Serviços de saúde (hospitais, postos de saúde, PSF, CAPS, habilitação e reabilitação profissional e outros):

- Serviços especializados para a pessoa com deficiência (APAE ou congêneres):

- Serviços de educação (especial, inclusiva):

- Serviços dos órgãos de proteção aos direitos sociais (Fóruns, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, Conselhos de Direito):

- Serviço de transporte coletivo e programa de livre acesso ao transporte coletivo:

- Serviços socioeducativos (ONG, Projetos Sociais, Centros Comunitários e outros):

- Outros serviços. Especificar:

#### **Informações do Profissional:**

Nome: \_\_\_\_\_ Conselho Regional nº: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone (opcional): \_\_\_\_\_

Local / Data

Assinatura e carimbo