

REQUERIMENTO DO BENEFICIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTENCIA SOCIAL - BPC E COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF do Requerente: 000.000.000-00 Pessoa com Deficiência Pessoa Idosa

Nome do Requerente: _____ Data de Nasc: __/__/____

Nome Social: _____ Sexo: Masc. Fem.

Estado Civil: Solteiro Casado União Estável Divorciado Separado de Fato Viúvo

E-mail: _____

Local de convívio: *(Preencher este campo somente quando o requerente se enquadrar em uma das situações abaixo)*

Vive em situação de rua.

Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou hospital.

Nome da pessoa de contato/equipamento ou entidade: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF: 000.000.000-00 Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado

CPF: 000.000.000-00 Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado

CPF: 000.000.000-00 Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado

CPF: 000.000.000-00 Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado

CPF: 000.000.000-00 Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado

CPF: 000.000.000-00 Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

Tipo de Representante:

Pai Mãe Curador(a) Tutor(a) Procurador(a) Diretor(a) de Instituição Administrador(a) Provisório(a) Termo de Guarda

Nome: _____ Data de Nasc. __/__/____

CPF: _____ Email: _____ Sexo: Masc. Fem.

Endereço: _____ Telefone: (____) _____ - _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são completas e verdadeiras e que as informações constantes do Cadastro Único e contidas neste documento estão devidamente corretas e atualizadas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro que não recebo do meu município ou estado qualquer benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, ressalvados os de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória, nos termos do art. 9º, inciso III, do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.

Local: _____ Data: __/__/____.

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

