

| REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - BPC E COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR  |   |
|---|---|
| CPF do Requerente: 000.000.000-00   | <input type="radio"/> Pessoa com Deficiência <input type="radio"/> Pessoa Idosa |
| Nome do Requerente: _____   | Data de Nasc: __/__/____  |
| Nome Social: _____  | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.              |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado de Fato <input type="checkbox"/> Viúvo   |   |
| E-mail: _____   |   |
| <b>Local de convívio:</b> <i>(Preencher este campo somente quando o requerente se enquadrar em uma das situações abaixo)</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> Vive em situação de rua.   |   |
| <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira  |   |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado   |   |
| CPF: 000.000.000-00   | Nome: _____   |
|   | Nome Social: _____  |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira  |   |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado   |   |
| CPF: 000.000.000-00   | Nome: _____   |
|   | Nome Social: _____  |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira  |   |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado   |   |
| CPF: 000.000.000-00   | Nome: _____   |
|   | Nome Social: _____  |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira  |   |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado   |   |
| CPF: 000.000.000-00   | Nome: _____   |
|   | Nome Social: _____  |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira  |   |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado   |   |
| CPF: 000.000.000-00   | Nome: _____   |
|   | Nome Social: _____  |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira  |   |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado   |   |
| PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:  |   |
| Tipo de Representante: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Curador(a) <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Procurador(a) <input type="checkbox"/> Diretor(a) de Instituição <input type="checkbox"/> Administrador(a) Provisório(a) <input type="checkbox"/> Termo de Guarda |   |
| Nome: _____   | Data de Nasc. __/__/____  |
| CPF: _____  | Email: _____  |
| Endereço: _____   | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.              |
| Bairro: _____   | Telefone: (____) _____ - _____  |
| 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