

ANEXO I - REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - BPC E COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR	
CPF do Requerente: _____	Pessoa com Deficiência
Nome do Requerente: _____	Pessoa Idosa
Nome Social: _____	Data de Nasc: ____/____/____
Endereço: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Bairro: _____	Email: _____
Município: _____	UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____	
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	
Local de convívio: (Preencher este campo somente quando o requerente se enquadrar em uma das situações abaixo)	
<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 público ou entidade: _____	
Endereço: _____	
Município: _____	
UF: _____	
COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
CPF: _____ 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 Enteadado(a) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Menor Tutelado *Estado Civil: _____	
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: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> 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 estão atualizadas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

☐ Declaro que estou ciente de que devo atualizar as informações do Cadastro Único para fins de concessão e manutenção do BPC.

☐ Declaro que não recebo qualquer benefício municipal ou estadual 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

* - Deverá ser selecionado uma das opções de estado civil contantes no campo do requerente.