

ANEXO I - REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - BPC E COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF do Requerente: _____ ☐ 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: _____ Nome: _____
 Nome Social: _____
 Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado

CPF: _____ Nome: _____
 Nome Social: _____
 Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado

CPF: _____ Nome: _____
 Nome Social: _____
 Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado

CPF: _____ Nome: _____
 Nome Social: _____
 Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado

CPF: _____ Nome: _____
 Nome Social: _____
 Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado

CPF: _____ Nome: _____
 Nome Social: _____
 Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(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 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