



ANEXO I

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: _____			
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 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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Endereço: _____	Município: _____	Telefone: (____) _____ - _____	
Bairro: _____		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