

**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.
Endereço: _____ Email: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____
Estado Civil: Solteiro Casado União Estável Divorciado Separado de Fato Viúvo

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 público ou entidade: _____
Endereço: _____ Município: _____ UF: _____

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____
Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado *Estado Civil: _____

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____
Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado *Estado Civil: _____

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____
Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado *Estado Civil: _____

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____
Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado *Estado Civil: _____

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____
Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado *Estado Civil: _____

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____
Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjuge/Companheira
 Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) Irmão(ã) Solteiro(a) Menor Tutelado *Estado Civil: _____

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

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