

DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

PESSOA IDOSA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

NÚMERO DO BENEFÍCIO _____ NOME DO BENEFICIÁRIO _____ _____	Nome da mãe _____	Data DER: _____ Obs.: benefícios concedidos até 08.08.1997 considerar Família: “a unidade monuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes”. Após esta data, considerar Família “o conjunto de pessoas vivendo sob o mesmo teto: pai, mãe, irmão, cônjuge, companheiro, filhos e os equiparados a essas condições, menores de 21 anos ou inválidos”.
Endereço: _____		CEP/Cidade _____
Telefone 0 XX () _____	Ponto de Referência _____	RG/Órgão Expedidor: _____ C.I.C: _____
		Estado _____
		Beneficiário Localizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Declaro para fins de revisão do Benefício Assistencial devido ao idoso e ao portador de deficiência (Lei nº 8.742/93) que o requerente acima qualificado:

- Vive sozinho
 Vive internado (nome da Instituição) _____
 Convive sob o mesmo teto com as pessoas relacionadas abaixo

NOMES DO BENEFICIÁRIO E DOS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	SITUAÇÃO OCUPACIONAL					VALOR DO RENDIMENTO MENSAL	DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA
			Carteira Assinada	Autônomo	Aposentado	Mercado Informal	Sem Rendimento		
		Beneficiário	X	X	X	X	X	X	

Pela presente declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, Artigos 171 e 229.

_____ de _____ / 2000

Assinatura do Beneficiário ou Representante Legal

Preencher quando o declarante for representante legal

Nome:	RG (Identidade) / Órgão Expedidor	CPF:
Endereço:	Cidade:	CEP:
Condição do Representante Legal <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Diretor da Instituição		

Valor do Salário Mínimo Vigente R\$ _____ (_____)

RENDA FAMILIAR PERCAPITA Inferior a ¼ do Salário Mínimo Igual ou Superior a ¼ do Salário Mínimo

Local/Data _____

Nome legível, assinatura e nº do registro do técnico que realizou a Avaliação, no Conselho de Classe

Assinatura/carimbo/Resp.Secretaria de Assistência Social ou congêneres