



ANEXO I

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|--|
| NOME DO SOLICITANTE: | | GRAU DE PARENTESCO COM O BENEFICIÁRIO: | |
| NOME DO BENEFICIÁRIO: | | | |
| MÃE DO BENEFICIÁRIO: | | PAI DO BENEFICIÁRIO: | |
| SEXO DO BENEFICIÁRIO: | DATA NASC. BENEFICIÁRIO: | ESTADO CIVIL: | |
| ENDEREÇO: | | CEP: | |
| TELEFONE(s): | | | |

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

Nos termos da Lei Municipal nº 484/2009, que estabelece política municipal de assistência social, no âmbito do Município de Figueirópolis D'Oeste.

O Beneficiário acima qualificado requer 01 (UM) dos seguintes Benefícios:

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO.

AUXÍLIO NATALIDADE.

AUXÍLIO FUNERAL.

AUXÍLIO TRANSPORTE.

Outros (Especificar nos termos do art. 5º da Lei nº 484/2009). _____

ANÁLISE CONCLUSIVA PARA ENQUADRAMENTO NO BENEFÍCIO

REQUISITO

SIM

NÃO

Reside no Município de Figueirópolis D'Oeste

PARA USO DA SECRETARIA DE PROMOÇÃO SOCIAL

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

Nº DA MATRÍCULA:

DATA: / /

ASSINATURA:

APROVAÇÃO

SIM

NÃO

IDENTIFICAÇÃO DA SECRETÁRIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ASSINATURA:

Figueirópolis D'Oeste, / de 20 .