



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 .