



## 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     .