

**ANEXO VI - REQUERIMENTO DO BENEFICIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTENCIA 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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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 Enteadado(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.