

DECLARAÇÃO DO SUAS PARA DEDUÇÃO DA DESPESA NA RENDA FAMILIAR DO REQUERENTE DO BPC

1.1.Nome:		1.2.Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	
1.3.Nome social:	1.4.CPF:	1.5.Nacionalidade:	
1.6.Endereço:		1.7.Nº:	
1.8.Complemento:		1.9.Bairro:	
1.10.Município:	1.11.Estado:	1.12.CEP:	
1.13.Telefone: ()			
Preencha os campos abaixo APENAS se houver Representante Legal (guardião, tutor ou curador)			
2.1.Nome do Representante Legal (RL):		2.2.CPF:	
2.3.Endereço:		2.4.Município:	
2.5.Estado:	2.6.CEP:	2.7.Telefone: ()	
Em relação ao Serviço de Proteção Social Especial para Idosos, Pessoas com Deficiência e suas Famílias, que integra o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para fins de requerimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) pela pessoa acima identificada, DECLARO que: (marcar apenas uma opção)			
3.1.() NÃO HÁ OFERTA do serviço pela rede pública e/ou privada no município ou no Distrito Federal		3.2.() O serviço é ofertado APENAS pela rede pública no município ou no Distrito Federal	
3.3.() O serviço é ofertado APENAS pela rede privada no município ou no Distrito Federal		3.4.() O serviço é ofertado pela rede pública e pela rede privada no município ou no Distrito Federal	
Preencha um dos campos abaixo APENAS SE HOUVER OFERTA do serviço no município ou no Distrito Federal:			
4.1.() O requerente é atendido pelo serviço		4.2.() O requerente NÃO é atendido pelo serviço	
5.1.Nome do Responsável pelo preenchimento:			
5.2.Cargo/Função:		5.3.CPF:	

_____, _____
Local, data

Assinatura do Responsável pelo preenchimento – SUAS