ANEXO I - A
REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO NATALIDADE

DATA DO REQUERIMENTO:_____

I – IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A):

Nome:_____
Data de Nascimento: ___/___/____ CPF:_____
Endereço:_____
Bairro:_____CEP_____Telefone:_____
Requerente/beneficiário(a): mesma pessoa? ( )Sim - pular para item III ( )Não - preencher dados abaixo

II – IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE:

Nome:_____
Data de Nascimento: ___/___/____ CPF:_____
Relação de parentesco/afinidade com o(a) beneficiário(a): _____
Mesmo endereço do(a) beneficiário(a): ( ) Sim - pular para item III ( ) Não - preencher dados abaixo
Endereço:_____
Bairro:_____CEP_____Telefone:_____

III- IDENTIFICAÇÃO DO(A) RECÉM NASCIDO:

Nome:_____
Data de Nascimento: ___/___/____ CPF: _____

IV – OUTRAS OBSERVAÇÕES EM RELAÇÃO A ESTE FORMULÁRIO:

*utilizar para os casos em que as informações não se adequem ao preenchimento dos Formulários

_____

_____

V - QUANTIDADE DE UPM CONCEDIDA: ( ) 1 UPM ( ) 2 UPM ( ) 3 UPM ( ) 4 UPM

Data do Parecer: _____

_____ _____
Assinatura do(a) requerente Assinatura e carimbo do(a) técnico (a)

ANEXO I- B

PARECER REFERENTE À REQUISIÇÃO DE AUXÍLIO NATALIDADE

DATA:_____

I – COMPOSIÇÃO FAMILIAR EM RELAÇÃO AO(A) BENEFICIÁRIO(A):

Nome	Parent.	Est. Civil	D.N.	Profissão	Salário

II – PONTOS CONFORME ESCALONAMENTO DO DECRETO (Marcar com "x"):

	I - dependentes, menores de 18 anos, sem renda - 1 ponto por dependente
	II - Pagar Aluguel ou Financiamento - 2 pontos
	III - Único Provedor - 1 ponto

	IV - Doença ou deficiência incapacitantes na família - 1 ponto
	V - Família sem renda - 2 pontos
	VI - Beneficiária em acolhimento - 1 ponto
	TOTAL DE PONTOS:

0 a 1 pontos: 1 UPM**, 2 a 3 pontos:** 2 UPM**, 4 a 5 pontos:** 3 UPM**, 6 ou mais pontos:** 4 UPM

III – RENDA FAMILIAR MENSAL: R$ XXX,XX

IV – SITUAÇÃO HABITACIONAL:

( )Próprio ( )Cedido ( )Alugado ( )Financiado ( )Outro ___

PARECER SOCIAL

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Assinatura do(a) Técnico(a)/Carimbo

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO EM CONTA BANCÁRIA
BENEFÍCIO EVENTUAL AUXÍLIO NATALIDADE

( ) Titular da conta é o(a) requerente(a)

Eu _____, CPF _____, autorizo a Prefeitura de Joinville depositar o Auxílio Natalidade no valor de ___ UPM (Unidade Padrão Municipal), em minha conta bancária conforme dados abaixo:

Banco: _____ Nº do banco: _____

Agência: _____ Conta: _____ Tipo de conta/Operação*: _____

( ) Titular da conta não é o(a) requerente

Eu _____, CPF _____, requerente do Auxílio Natalidade, autorizo a Prefeitura de Joinville depositar o valor de ___ UPM (Unidade Padrão Municipal), na conta bancária do(a) Sr.(a)_____, CPF _____ conforme dados abaixo:

Banco: _____ Nº do banco: _____

Agência: _____ Conta: _____ Tipo de conta/Operação*: _____

_____

Assinatura do(a) requerente do Auxílio Natalidade

_____

Assinatura do(a) Titular da Conta Bancária
(quando for o caso)

ANEXO III

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONDUTA

CONCEDENTE:
Nome: Secretaria de Assistência Social do Município de Joinville
CNPJ: 83.169.623.0001-10
ENDEREÇO: Rua João Colin, 2719 – América - Joinville/SC
NATUREZA DA DESPESA: 3.3.3.90 - Aplicações Diretas
DENOMINAÇÃO DA CONCEDENTE NESTE INSTRUMENTO: SAS

REQUERENTE:
CPF:
ENDEREÇO:
DENOMINAÇÃO DO PROPONENTE NESTE INSTRUMENTO: BENEFICIÁRIO

OBJETO E VALOR DO BENEFÍCIO:
A Secretaria de Assistência Social e/ou Fundo Municipal de Assistência Social e/ou Fundo Estadual de Assistência Social concederá às pessoas físicas necessitadas, nos termos da Lei Municipal nº 6.816, de 15 de dezembro de 2010, regulamentada por meio do Decreto Municipal nº _____, benefício eventual denominado auxílio natalidade através de repasse financeiro limitado a parcela única no valor máximo de 4 UPM.

DAS DECLARAÇÕES:
O(A) BENEFICIÁRIO(A) acima identificado DECLARA:
a) ter conhecimento de que o benefício eventual denominado Auxílio Natalidade será concedido desde que atendidas as condições e requisitos estabelecidos pela Lei Municipal nº 6.816, de 15 de dezembro de 2010 e Decreto Municipal nº _____;
b) estar ciente que o auxílio-natalidade não será suscetível de acumulação e que será pago, em parcela única, 30 (trinta) dias após a data do parecer conforme art. 4º do Decreto Municipal nº _____;
c) estar ciente que o recebimento indevido do benefício implicará na devolução dos recursos financeiros à Prefeitura Municipal devidamente corrigidos monetariamente, sem prejuízo das sanções penais cabíveis;

DAS OBRIGAÇÕES DO(A) BENEFICIÁRIO(A):
O(A) BENEFICIÁRIO(A) OBRIGA-SE:
a) Estar de acordo com o parecer emitido por técnicos da Secretaria de Assistência Social;
b) a assinar o presente Termo, anteriormente ao recebimento do benefício,objeto deste.

_____ _____
Assinatura do(a) requerente Assinatura e carimbo do(a) técnico (a)

Joinville, ____ de _____de 20__.

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE DE RENDA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA (Autônomo, profissional liberal, Trabalhador informal ou eventual, Sócio Majoritário etc)

Eu,_____,
CPF nº _____, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que obtive renda média nos últimos seis meses, no valor mensal de R$_____, a qual é oriunda de ganhos obtidos com meu trabalho, no desempenho da(s) atividade (s) de:
_____.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em medidas administrativas e judiciais cabíveis conforme arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Joinville,_____ de _____de _____.

_____
Assinatura do(a) Declarante
(Conforme Cédula de Identidade)

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA

Eu,_____,
CPF nº _____, declaro que não exerço função remunerada.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em medidas administrativas e judiciais cabíveis conforme arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Joinville,_____ de _____de _____.

_____
Assinatura do(a) Declarante
(Conforme Cédula de Identidade)

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO E DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade ou CPF n°_____, declaro para os devidos fins, que estou separado/a de fato do Sr/Sra._____, e

( ) que não recebo pensão de alimentos, ou

( ) que recebo pensão de alimentos no valor de R$ XXX,XX mensais.

Pela presente declaro ainda serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Joinville,_____/_____/_____.

_____

Assinatura do(a) Declarante
(Conforme Cédula de Identidade)