



REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO-CRECHE

Ao Departamento de Recursos Humanos:

Nome do servidor:			
Cargo:	Matrícula:		
Lotação:	Local de trabalho:		
Telefone:()	E-mail:		
Existe outro responsável legal pelo(s) dependente(s) que também é servidor deste Município? Sim () Não ()			
Se afirmativo preencha ao lado	Nome do(a) Servidor(a):		
	Matrícula:	Cargo:	Lotação:
	Telefone:()	E-mail:	

Venho requerer a concessão de **AUXÍLIO-CRECHE** para o(s) dependente(s):

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

Documentação necessária para a concessão do benefício:

- () Original e cópia da Certidão de Nascimento de cada dependente;
- () Original e cópia da carteira de vacinação, atualizada, de cada dependente;
- () Original e cópia do Termo de Tutela ou do documento que comprove a Guarda definitiva, se este for o caso;
- () Declaração de que o requerente não recebe benefício similar em entidade pública ou privada.

Fundamentação Legal:

- **Lei Municipal nº 1072/2006, alterada pela Lei Municipal 1662 e 1689/2012** - Concede direito ao **Auxílio-Creche** aos servidores municipais, que será pago para cada dependente legal, após os primeiros 06 (seis) meses de vida e a idade limite de 06 (seis) anos.

- Declaro que, estou ciente de que sendo ambos os responsáveis, servidores deste Município, e estando os mesmos no exercício do Poder Familiar, o benefício será pago a mãe; e que, se apenas um dos responsáveis está no exercício deste Poder, o benefício será pago ao titular do Poder. Declaro, também, que tenho conhecimento de que responderei civil, penal e administrativamente pela omissão ou inexistência das declarações prestadas, objetivando o recebimento do Auxílio-Creche.
- Declaro para fins de concessão do Auxílio Creche que não recebo em razão do(s) filho(s) ou dependentes(s) benefício similar em entidade pública ou privada, responsabilizando-me pela veracidade desta declaração.
- Declaro ainda que em caso de omissão ou retenção de informação sobre a duplicidade de recebimento de benefícios, serão aplicadas as sanções previstas na legislação em vigor.

Rio das Ostras, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

Espaço reservado ao COFOP:

- () O(a) servidor(a) **FAZ JUS** ao benefício;
- () O(a) servidor(a) **NÃO FAZ JUS** ao benefício.