



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO-CRECHE

Nome do(a) servidor(a):			
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: _____ CPF _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Nome: _____ CPF _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Nome: _____ CPF _____ 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 CPF 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.

Lei Municipal Complementar nº 0066/2019 - Art. 50 - Ao servidor que possuir filho ou dependente equiparado será concedido auxílio-creche, nos termos da lei específica.

§ 1º - Quando dois beneficiários forem servidores municipais, em decorrência do mesmo dependente, o auxílio-creche será pago a somente um deles.

§ 2º - O auxílio-creche não será devido no caso de utilização dos serviços públicos municipais de educação, utilizados pelo dependente.

- 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 (a) servidor(a)

Espaço reservado à COFOP:

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