



**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 ( )

<b>Se afirmativo preencha ao lado</b>	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: \_\_\_\_\_

Espaço reservado à COFOP:

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