|  |  |
| --- | --- |
|  | **Governo do Distrito Federal** Secretaria de Estado de Educação |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REQUERIMENTO – Auxílio –Creche / Pré Escola | | | |
| MATRÍCULA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOTAÇÃO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do Cônjuge e/ou Companheiro(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| * Desejo receber o AUXÍLIO CRECHE e PRÉ-ESCOLA * Solicito a suspensão do Auxílio Creche ou Pré-Escola * Solicito o restabelecimento do benefício de Auxilio-Creche ou Pré-Escola   Por ter dependente na faixa etária de 0 (zero) a 06 (seis) anos. Declaro não receber idêntico benefício em outro órgão público, bem como que este dependente aqui declarado não é assistido/matriculado em creche/pré-escola pública ou mantida pelo Poder público. Comprometo-me em utilizá-lo, conforme prevê a legislação, ciente das implicações e medidas administrativas quanto ao uso indevido. Declaro que meu cônjuge/companheiro(a) não recebe benefício da mesma natureza para assistência do dependente relacionado. Comprometo-me a comunicar imediatamente à unidade de gestão de pessoas do respectivo órgão de lotação qualquer alteração ocorrida na relação de dependência ou na causa de percepção do benefício. | | | |
| DOCUMENTOS APRESENTADOS   * Comprovante da dependência * Certidão de nascimento * Declaração de que o cônjuge não recebe o benefício * Comprovação médica (em caso de dependentes portadores de deficiência mental) | | | |
| RELAÇÃO DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS | | | |
| NOME | | DATA DE NASCIMENTO | DEPENDÊNCIA |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | |  | |
| Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | |
|  | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |