|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
|  |  |
|  |  |