

Anexo II - Formulário Único de Alteração da Situação do Benefício

1. DADOS DO REQUERENTE

Nome:

Nome Social:

CPF: .

E - Mail:

Endereço:

Espécie do Benefício: .

Número do Benefício (NB): .

2. SOLICITAÇÃO

() Renúncia ao benefício espécie . , NB para receber o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC.

() Suspensão do benefício em caráter especial em decorrência do ingresso no mercado de trabalho a partir do dia .

() Cessação do benefício

() Cessação do benefício para acessar outro benefício

() Reativação de benefício suspenso/cessado.*

() Pagamento de valores não recebidos.*

** Os campos marcados deverão vir acompanhados de justificativa*

3. JUSTIFICATIVA (PREENCHER APENAS SE FOR NECESSÁRIO)

Local:

Data:

Assinatura