|  |  |
| --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-EDUCAÇÃO** | |
| SERVIDOR: | MATRÍCULA: |
| CARGO: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE** | |
| NOME: | DATA DE NASCIMENTO: |
|  FILHO (ANEXAR CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU DOCUMENTO OFICIAL)   ENTEADO (ANEXAR DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO DE RESPONSABILIDADE E COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECÔNOMICA)   MENOR SOB GUARDA OU TUTELA JUDICIAL (ANEXAR TERMO DE GUARDA E DECLARAÇÃO COMPROVANDO DEPENDÊNCIA ECONÔMICA)   DEPENDENTE DE QUALQUER IDADE, COM DEFICIÊNCIA COMPROVADA. (ANEXAR LAUDO MÉDICO NOS TERMOS DA LEI n. 13.146/2015.) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE** | |
| NOME: | DATA DE NASCIMENTO: |
|  FILHO (ANEXAR CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU DOCUMENTO OFICIAL)   ENTEADO (ANEXAR DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO DE RESPONSABILIDADE E COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA)   MENOR SOB GUARDA OU TUTELA JUDICIAL (ANEXAR TERMO DE GUARDA E DECLARAÇÃO COMPROVANDO DEPENDÊNCIA ECONÔMICA)   DEPENDENTE DE QUALQUER IDADE COM DEFICIÊNCIA. (ANEXAR LAUDO MÉDICO NOS TERMOS DA LEI n. 13.146/2015.) | |

 Declaro que meu (minha) cônjuge/ meu (minha) companheiro(a) não recebe benefício de igual natureza em seu local de trabalho e autorizo a inclusão em meu cadastro funcional do dependente acima mencionado.

|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL E DATA | ASSINATURA |
| Campo Grande, MS */    /* |  |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE** |
| 1. Após preenchido e assinado encaminhar o formulário para o endereço eletrônico coordenadoriabeneficios@tce.ms.gov.br. |