

ANEXO Y
MODELO DE DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE
RECURSOS FINANCEIROS

Eu,

_____, portador do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, voluntário (a) ao SMTVS/OTVS 1-2023, inscrição _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de pedido para concorrer às vagas destinadas à Hipossuficiência Econômica, ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

Declaro estar ciente de que, de acordo com o inciso I do art. 4º do referido decreto, família é a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio, definido como o local que serve de moradia à família.

Declaro, ainda, saber que, de acordo com o inciso II do art. 4º do Decreto nº 6.135, de 2007, família de baixa renda, sem prejuízo do disposto no inciso I, é aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo.

Declaro, também, ter conhecimento de que a renda familiar mensal é a soma dos rendimentos brutos auferidos por todos os membros da família, não sendo incluídos no cálculo aqueles percebidos dos programas descritos no inciso IV do art. 4º do Decreto nº 6.135, de 2007.

Declaro saber que renda familiar per capita é obtida pela razão entre a renda familiar mensal e o total de indivíduos na família.

Declaro, por fim, que, em função de minha condição financeira, desejo concorrer às vagas destinadas à Hipossuficiência Econômica e estar ciente das penalidades por emitir declaração falsa previstas no parágrafo único do art. 10 do Decreto no 83.936, de 6 de setembro de 1979.

Por ser verdade, firmo o presente para que surtam seus efeitos legais.

_____ (cidade/UF), _____ (dia) de _____ de _____.

As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade podendo responder legalmente no caso de falsidade das informações prestadas, a

qualquer momento, o que acarretará a eliminação no Processo Seletivo Simplificado, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Assinatura do (a) voluntário (a):

Recebido por:

Posto/Grad-Nome legível e assinatura do responsável da CRAD - DRSP