**AUTO DECLARAÇÃO DE RENDA**

**( ) Aposentadoria por Idade**

**( ) Aposentadoria Tempo de Contribuição**

**( ) Aposentadoria Invalidez**

**( ) Benefício de Prestação Continuada (BPC)**

**( ) Benefício temporário INSS (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Pensão por morte**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do CPF\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_\_/\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que o benefício assinalado acima é concedido pelo (órgão específico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Informo ter recebido no último mês, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2020 o valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

(local, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome completo do declarante)