



## Salário Família

Iniciar SEI **escolhendo tipo:**

“Processo de Concessão de Salário Família”

**ESPECIFICAÇÃO escrever:** Salário Família – Nome RG

**incluir os seguintes itens (Separados e em formato PDF)**

- Requerimento (vide abaixo);
- Título Nomeação ou Contrato;
- Holerite do servidor;
- Formulário 15;
- Declaração “Para Efeito de Salário Família” (vide abaixo);
- Declaração de próprio punho do servidor (vide abaixo);
- Declaração de próprio punho do cônjuge (vide abaixo);
- Certidão de Nascimento;
- RG/CIN, CPF;
- Carteirinha de Vacinação.

SEI devidamente instruído, **enviar** para a **SEAPE-CTO**.

Caso faça jus, a URE incluirá o “Ato de Concessão” assinado pela coordenadora/dirigente. – SEI instruído será enviado à SEFAZ.

De acordo com o art. 04º da Portaria Interministerial MPS/MF nº06/2025, de 01/01/2025 – Art. 4º O valor da cota do salário-família por filho ou equiparado de qualquer condição, até quatorze anos de idade, ou inválido de qualquer idade, a partir de 1º de janeiro de 2025, é de R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) para o segurado com remuneração mensal não superior a R\$ 1.906,04 (mil novecentos e seis reais e quatro centavos).

verificar o valor conforme ano vigente



Secretaria de Estado da Educação  
**UNIDADE REGIONAL DE ENSINO CENTRO-OESTE**  
**E-mail: cto@educacao.sp.gov.br**

**DECLARAÇÃO PARA EFEITO DE SALÁRIO FAMÍLIA**

Nome do Servidor:

RG/CIN:

Cargo/Função:

F/N:            SQ \_\_\_ I \_\_\_ Q \_\_\_

Unidade Escolar:

Residência:

Bairro:

Nome do Cônjuge:

Profissão:

Renda Mensal: R\$

Local de Trabalho:

Declaro como meu(s) dependente(s) o(s) constante(s) do quadro abaixo desta declaração, acompanhado(s) do(s) comprovante(s).

São Paulo, ..... de ..... de .....

---

Assinatura

**DISCRIMINAÇÃO DOS DEPENDENTES**

Nº	Nome por extenso	Nascimento			Grau de Parentesco
		DIA	MÊS	ANO	



Secretaria de Estado da Educação  
**UNIDADE REGIONAL DE ENSINO CENTRO-OESTE**  
**E-mail: [cto@educacao.sp.gov.br](mailto:cto@educacao.sp.gov.br)**

---

### Declaração de Próprio Punho DO SERVIDOR

*Eu, NOME – RG/CIN – CARGO, na EE xxxxxxxxxxxxxxxxx, declaro ciência da Concessão do Salário Família a partir de xx/xx/yyyy.*

*São Paulo, xx/xx/yyyy*

*Assinatura*

**NOTA:** o “a partir de” é a data da nomeação, para filhos já nascidos, ou a data do nascimento do filho, pós nomeação.

---

### Declaração de próprio punho DO CÔNJUGE

*Eu, NOME – RG/CIN, declaro que não recebo nenhum benefício, referente a Salário Família, que venha dos cofres públicos.*

*São Paulo, xx/xx/yyyy*

*Assinatura*

NOME		RG/CIN NÚMERO	ESTADO CIVIL		
ENDERECO RESIDENCIAL – RUA/BAIRRO		CEP	TELEFONE		
CARGO/FUNÇÃO – ATIVIDADE		SUBQ. – TAB.	QUADRO	FAIXA/NÍVEL	JORNADA
ÓRGÃO DE CLASSIFICAÇÃO		MUNICÍPIO SÃO PAULO			
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO  CENTRO-OESTE		ACUMULA CARGO/FUNÇÃO - ATIVIDADE  JUNTAR PUBLICAÇÃO PARECER CPAC		SIM  NÃO	
REQUER  SALÁRIO FAMÍLIA					
ALEGA  SER DE DIREITO					
FUNDAMENTO LEGAL: Art. XX da Portaria Interministerial MPS/MF Nº XX, de XX/XX/XXXX					
DOCUMENTOS ANEXADOS:					
DECLARA QUE SE TRATA DE PEDIDO INICIAL					
LOCAL / DATA		ASSINATURA DO REQUERENTE			
PROT. Nº UNIDADE ESCOLAR		DATA	RECEBIDO POR		
INFORMAÇÃO					
DATA:	CARIMBO e ASSINATURA do RESP. da U. A				
PROT. Nº URE		DATA	RECEBIDO POR		