

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins do disposto no Art. 24, §§ 1º e 2º, da Emenda Constitucional 103/2019, sob pena de responsabilidade prevista no artigo 299 do Código Penal, que:

1. () NÃO () SIM - Recebo outra **aposentadoria** do IMPS JALES, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/ INSS. Caso positivo, informar:
2. Regime/Entidade de Previdência _____
3. Data de início da aposentadoria: ____/____/_____
4. Valor Bruto do benefício recebido: R\$ _____ (Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem considerar valores de 13º salário).

2. () NÃO () SIM - Recebo outro benefício de **pensão por morte** do IMPS JALES, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS. Caso positivo, informar:
Regime/Entidade de Previdência _____
Condição do dependente (ex: cônjuge, filho, Mãe/Pai) _____
Data de início da pensão: ____/____/_____
Valor Bruto do benefício recebido: R\$ _____ (Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem considerar valores de 13º salário)

3. () NÃO () SIM - **Aguardo resposta sobre pedido de outro benefício de pensão por morte do IMPS JALES**, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS, devendo informar ao IMPS JALES no caso de deferimento deste benefício. Caso positivo, informar:
Regime/Entidade _____
Cargo(s) do ex-servidor/militar _____

4. () NÃO () SIM - O ex-servidor/militar possuía outro(s) cargo(s) na Administração Pública (Municipal, Estadual ou Federal) e/ou outra(s) aposentadoria(s). Caso positivo, tratando-se de pedido de pensão por morte, informar:
Cargo(s): _____
Órgão(s): _____

5. () NÃO () SIM - Posuo outro(s) cargo(s) na Administração Pública (Municipal, Estadual ou Federal). Caso positivo, informar:
Cargo(s): _____
Órgão(s): _____
Data de Ingresso: _____

Obs: Em caso afirmativo, tratando-se de pedido de aposentadoria, o(a) servidor(a) deverá anexar a declaração de acúmulo legal do órgão responsável, do qual recebe remuneração.

Declaro, ainda, estar CIENTE que, em caso de acúmulo, o benefício a ser concedido pelo IMPS JALES observará as regras de cálculo dispostas no artigo 24 da Emenda Constitucional 103/19, especialmente o §2º, mantendo-se o valor integral do benefício mais vantajoso e a aplicação da redução de valor no(s) menos vantajoso(s), podendo ser realizada alteração pela IMPS JALES, mediante provocação do beneficiário ou notificação de outros regimes com relação à acúmulos de benefícios, estando autorizado qualquer ressarcimento de valores para acerto dos benefícios.

Estou ciente, por fim, que a declaração falsa ou diversa sobre o fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo a presente.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do interessado(a)