Programa Bolsa Família

Formulário-padrão de Gestão de Benefícios - FPGB

Formulário Unitário

1. Identificação do Formulário-padrão de Gestão de Benefícios – FPGB *(Campo obrigatório)*

Número do FPGB:	Data: / /
Município:	UF:

2. Informações do Responsável Legal da Família *(Campo obrigatório)*

Nome Completo:	
NIS (número do Cartão): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Data de nascimento: / /

Programa da Família:
☐ Bolsa Família ☐ Bolsa Escola ☐ Bolsa Alimentação ☐ Cartão Alimentação ☐ Auxílio-Gás

3. Seleção da Atividade de Gestão de Benefício *(Campo obrigatório)*

***Atenção**: Escolha apenas uma das atividades abaixo, marcando um X na opção desejada.*

Atividades de Gestão de Benefícios

☐ I - Bloqueio de benefícios ☐ II – Desbloqueio de benefícios ☐ III - Cancelamento de benefícios	☐ IV – Reversão de cancelamento de benefícios ☐ V – Reversão da suspensão de benefícios

4. Seleção do Motivo da Atividade de Gestão de Benefícios *(Campo Obrigatório)*

Motivo de bloqueio *(preencher apenas para casos de bloqueio, marcando a situação a averiguar)*

☐ I - Trabalho infantil na família ☐ II – Averiguação de acúmulo de benefícios financeiros do PBF com o PETI ☐ III – Decisão Judicial	Averiguação de cadastramento: ☐ III – Duplicidade Cadastral ☐ IV - Renda per capita superior ao limite do PBF ☐ V – Falecimento de toda a família ☐ VI – Família não localizada no endereço do CadÚnico

Motivo de cancelamento *(preencher apenas para casos de cancelamento de todos os benefícios da família)*

☐ I - Trabalho infantil na família ☐ II – Acúmulo de benefícios financeiros do PBF com o PETI ☐ III – Decisão Judicial	☐ IV – Desligamento Voluntário da família

5. Observação *(Campo facultativo)*

Insira abaixo breve justificativa para a atividade de gestão de benefícios, citando os documentos comprobatórios (preferencialmente parecer da assistência social ou de fiscalização).

_____

_____

_____

6. Responsável no município pelo preenchimento *(Campo obrigatório)*	**8. Responsável no município pela autorização** *(Campo obrigatório)*
Nome completo:	Nome completo:
_____ Assinatura	_____ Assinatura

IMPORTANTE: caso seja necessário encaminhar este Formulário ao MDS, faça-o por meio de **OFÍCIO** de encaminhamento devidamente assinado pela autoridade municipal responsável pelo PBF ou pelo Prefeito.
Ver modelo de ofício em www.mds.gov.br/bolsafamilia

ATENÇÃO: Formulários encaminhados ao MDS sem Ofício não serão processados.