

PROGRAMA AUXÍLIO BRASIL (PAB)

Formulário Padrão de Gestão de Benefícios – FPGB

Formulário para ação sobre benefício específico

1. Identificação do Formulário Padrão de Gestão de Benefícios - FPGB

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

2. Informações do Responsável pela Unidade Familiar (campo obrigatório)

N	Nome completo do Responsável Familiar	NIS do Responsável Familiar
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

3. Seleção da atividade de administração de benefícios sobre benefício específico (campo obrigatório)

Atenção: O motivo descrito é o único que o município pode desbloquear para ação sobre benefício específico

DESBLOQUEIO (escolher motivo abaixo)

() ausência de informações sobre o acompanhamento de condicionalidades (benefício composição adolescente – BCA / benefício composição jovem - BCJ)

4. Responsável no município pelo preenchimento (campo opcional)

Nome completo:

Assinatura:

5. Responsável no município pela autorização (campo obrigatório)

Nome completo:

Assinatura:

IMPORTANTE: Caso seja necessário encaminhar este formulário ao Ministério da Cidadania (MC), envie por meio de **OFÍCIO** devidamente assinado pelo gestor municipal responsável pelo PAB ou Prefeito.

Caso sua solicitação seja para correção de erro operacional/sistema, encaminhe o ofício sem este formulário, identificando os erros e as famílias afetadas.

ATENÇÃO: Formulários encaminhados ao MC sem ofício ou com cópia das assinaturas não serão processados.