

PROGRAMA AUXÍLIO BRASIL (PAB)

Formulário Padrão de Gestão de Benefícios – FPGB

Formulário para ação sobre a família

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		

3. Seleção da atividade de administração de benefícios sobre a família (campo obrigatório)

Atenção: Escolha apenas uma das atividades indicadas abaixo marcando um (X) no motivo que se aplica.

*** Formulários com mais de uma atividade de administração de benefícios não serão processados***

BLOQUEIO (escolher motivo abaixo)	DESBLOQUEIO (escolher motivo abaixo)
<input type="checkbox"/> identificação de trabalho infantil na família <input type="checkbox"/> renda per capita superior ao limite estabelecido pela regra de emancipação (R\$ 525,00) <input type="checkbox"/> família não localizada no endereço informado no CadÚnico <input type="checkbox"/> verificação de inconsistências em cruzamentos de dados do CadÚnico com outras bases de dados <input type="checkbox"/> denuncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas <input type="checkbox"/> decisão judicial	<input type="checkbox"/> identificação de trabalho infantil na família <input type="checkbox"/> renda per capita superior ao limite estabelecido pela regra de emancipação (R\$ 525,00) <input type="checkbox"/> família não localizada no endereço informado no CadÚnico <input type="checkbox"/> verificação de inconsistências cadastrais em cruzamentos de dados do CadÚnico com outras bases de dados <input type="checkbox"/> denuncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas <input type="checkbox"/> decisão judicial <input type="checkbox"/> em decorrência do procedimento de revisão cadastral <input type="checkbox"/> ausência de informações sobre o acompanhamento de condicionalidades
CANCELAMENTO (escolher motivo abaixo)	REVERSÃO DE CANCELAMENTO (escolher motivo abaixo)
<input type="checkbox"/> desligamento voluntário da família <input type="checkbox"/> denuncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas <input type="checkbox"/> decisão judicial	<input type="checkbox"/> desligamento voluntário da família <input type="checkbox"/> verificação de inconsistências cadastrais <input type="checkbox"/> denúncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas <input type="checkbox"/> decisão judicial <input type="checkbox"/> decurso do prazo de permanência do benefício na situação de "bloqueado" <input type="checkbox"/> em decorrência da não realização da revisão cadastral <input type="checkbox"/> reiterada ausência de saque de benefícios por 6 (seis) parcelas consecutivas

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.