**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)**

|  |
| --- |
| **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 FPBG: | Data: / / |
| Município: | UF: |
| 1. 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 |  |  |
| 1. 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)** |
| ( ) renda per capita superior ao limite estabelecido pela regra de proteção (1/2 salário mínimo)( ) família não localizada no endereço informado no CadÚnico | ( ) renda per capita superior ao limite estabelecido pela regra de proteção (1/2 salário mínimo)( ) família não localizada no endereço informado no CadÚnico |
| ( ) verificação de inconsistências em cruzamentos de dados do CadÚnico com outras bases de dados ( ) denúncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas( ) decisão judicial | ( ) verificação de inconsistências cadastrais em cruzamentos de dados do CadÚnico com outras bases de dados( ) denúncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas( ) em decorrência do procedimento de revisão cadastral( ) ausência de informações sobre o acompanhamento de condicionalidades( ) decisão judicial |
|  |  |
| **CANCELAMENTO (escolher motivo abaixo)** | **REVERSÃO DE CANCELAMENTO (escolher motivo abaixo)** |
| ( ) desligamento voluntário da família( ) denúncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas( ) decisão judicial | ( ) desligamento voluntário da família( ) verificação de inconsistências cadastrais( ) denúncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas( ) decurso do prazo de permanência do benefício na situação de "bloqueado"( ) em decorrência da não realização da revisão cadastral( ) reiterada ausência de saque de benefícios por 6 (seis) parcelas consecutivas( ) decisão judicial |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.Responsável no município pelo preenchimento(campo opcional) |  | 5.Responsável no município pela autorização(campo obrigatório) |
| Nome completo: |  | Nome completo: |
| Assinatura: |  | Assinatura: |

**IMPORTANTE:** Caso seja necessário encaminhar este formulário ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), envie por meio de **OFÍCIO** devidamente assinado pelo gestor municipal, responsável pelo PBF 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 MDS sem ofício ou com cópia das assinaturas não serão processados.