**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulário Padrão de Gestão de Benefícios – FPGB**  *Formulário para ação sobre pessoa da família* | | |
| 1. Identificação do Formulário Padrão de Gestão de Benefícios - FPGB | | |
| Número do FPGB: | | Data: / / |
| Município: | | UF: |
| 1. Informações da pessoa da família vinculada à pendência (campo obrigatório) | | |
| N | Nome completo da pessoa da família | NIS da pessoa da família |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 1. Seleção do motivo da retirada de pendência sobre pessoa da família (campo obrigatório)   Atenção: Escolha apenas um dos motivos da retirada de pendência indicados abaixo marcando um (X) no motivo que se aplica.  \*\*\* Formulários com mais de um motivo não serão processados\*\*\* | | |
| **RETIRADA DE PENDÊNCIA (escolher motivo abaixo)** | | |
| ( ) processo de averiguação cadastral de renda (AVE RENDA)  ( ) processo de averiguação cadastral unipessoal (AVE UNI) | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Responsável no município pelo preenchimento   (campo opcional) |  | 1. 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.