FAÇA AS LETRAS CONFORME O MODELO:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X

MDS

Formulário Suplementar 1

Vinculação a programas e serviços

F1. 01

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código familiar	1.02 - UF	1.03 - Município	1.04 - Distrito	1.05 - Subdistrito	1.06 - Setor Censitário

1.07 - Modalidade da operação
- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados
- 1 - Fora de Domicílio
- 2 - Em domicílio
- 3 - Impossibilidade em domicílio

1.09 - Formulário(s) preenchido(s)
- 0 - Principal
- 1 - Avulso 1
- 2 - Avulso 2
- 3 - Suplementar(es) nº(s)

1.10 - Data da entrevista

/ / 2 0
Dia Mês Ano

ENTREVISTADOR

1.11 - Nome

1.12 - CPF do entrevistador -

Assinatura do entrevistador

1.13 - Observações

Assinatura do representante da prefeitura/órgão responsável pelo cadastramento

2 - VINCULAÇÃO A PROGRAMAS E SERVIÇOS

2.01 – Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN.

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero
- 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero
- 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta
- 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
- 5 - Recebe cesta de alimentos
- 6 - Faz refeição em restaurante popular
- 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
- 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
- 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos
- 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva
- 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
- 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)
- 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
- 14 - Nenhum

2.02 - Indique abaixo, marcando com X, se algum membro da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)
- 1 - Sim
- 2 - Não

2.03 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia. Este quesito admite múltipla marcação.
- 1 - Recebe sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- 4 - Nenhum

2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código de identificação da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio.

a) Nº de ordem da pessoa:

b) Código da unidade consumidora:

Formulário Suplementar 1 CADÚNICO - F1.01

RASCUNHO

FAÇA OS ALGARISMOS CONFORME O MODELO:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X

2.05- Indique abaixo, marcando com X, se algum membro da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.

Este quesito admite múltipla marcação.

- ☐ 1- Benefício de Prestação Continuada- BPC deficiente
- ☐ 2- Benefício de Prestação Continuada- BPC idoso
- ☐ 3- Programa de Atenção Integral à Família- PAIF
- ☐ 4- Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família
- ☐ 5- Centros e Grupos de convivência para idosos
- ☐ 6- Abrigo para mulheres vítimas de violência
- ☐ 7- Abrigo para crianças e adolescentes
- ☐ 8- Abrigo para pessoas idosas
- ☐ 9- Abrigo/albergue para adultos e famílias
- ☐ 10- Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua
- ☐ 11- ProJovem Adolescente
- ☐ 12- ProJovem Urbano
- ☐ 13- ProJovem Campo
- ☐ 14- ProJovem Trabalhador
- ☐ 15- Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência
- ☐ 16- Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias
- ☐ 17- Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida
- ☐ 18- Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade
- ☐ 19- Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias
- ☐ 20- Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)
- ☐ 21- Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência
- ☐ 22- Projetos de inclusão produtiva
- ☐ 23- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil- PETI
- ☐ 24- Nenhum

2.06- Indique abaixo se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades.

Lista de Programas

1- Habitação de Interesse Social- HIS-FNHIS

2- Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários- UAP-FNHIS

3- Habitar Brasil BID- HBB

4- Pró-Moradia

5- Minha Casa Minha Vida- Municípios até 50 mil habitantes

6- Operações coletivas- FGTS

7- Minha Casa Minha Vida- FAR

8- Pró-Municípios

Dados do benefício

Nº de ordem da pessoa: | |

Nº do programa acima listado: |

Natureza do benefício:

Número do contrato: | | | | | | | | | | | | | | |

Dados do benefício

Nº de ordem da pessoa: | |

Nº do programa acima listado: |

Natureza do benefício:

Número do contrato: | | | | | | | | | | | | | | |

Dados do benefício

Nº de ordem da pessoa: | |

Nº do programa acima listado: |

Natureza do benefício:

Número do contrato: | | | | | | | | | | | | | | |

☐ Esta família não é beneficiária de qualquer programa do Ministério das Cidades

2.07- Indique abaixo se sua família pertence a algum grupo populacional tradicional ou específico.

Código: | | |

Descrição:

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR- RUF

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

RASCUNHO

Recebimento do comprovante de prestação de informações

Eu, _____,

afirmo que recebi o comprovante de prestação de informações deste formulário.

_____ ____/____/_____

Local Data

_____

Assinatura

RASCUNHO

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

MDS

Formulário Suplementar 1

Vinculação a programas e serviços

F1. 01

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Nome

Identificação (CPF)

Identificação (Título de Eleitor)

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Nome do município

Código familiar

Data da entrevista (Dia / Mês / Ano) 2 0

Entrevistador

Identificação (CPF)

Modalidade da operação

- ☐ Inclusão
- ☐ Alteração

Telefone do órgão responsável

Assinatura do entrevistador

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

CAIXA

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS

RASCUNHO