

ANEXO I

MODELOS DE FORMULÁRIO-PADRÃO DE GESTÃO DE BENEFÍCIOS - FPGB

- FPGB - Ação sobre família
 - FPGB - Ação sobre benefício específico
 - FPGB - Ação sobre pessoa da família Versões para consulta disponíveis abaixo.
- Versões atualizadas para impressão e preenchimento (em formato de texto editável) disponíveis na página eletrônica de legislação do MDS, na seção "Portarias".

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Versão para consulta disponível abaixo.

Versão atualizada para impressão e preenchimento (em formato de texto editável) disponível na página eletrônica de legislação do MDS, na seção "Portarias".

Imprimir em papel timbrado do município.

ANEXO I

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:	
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 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		() verificação de inconsistências cadastrais em cruzamentos de dados do CadÚnico com outras bases de dados () denúncia fundamentada de omissão de

do CadÚnico com outras bases de dados () denúncia fundamentada de omissão de informação ou de prestação de informações falsas () decisão judicial	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.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)

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 Variável Familiar Adolescente - BVA)	
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.

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:	
2. 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		
3. 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)		
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.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Prezado(a) coordenador(a) municipal do Programa Bolsa Família de _____/_____,

Eu, _____, beneficiária(o) do Programa Bolsa Família (PBF), solicito meu desligamento voluntário do referido Programa, com a atualização cadastral no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e o registro da minha renda atual e/ou outras informações relevantes para o meu cadastro.

Declaro, ainda, que:

i) estou ciente de que poderei, a qualquer momento dentro do prazo de 36 meses, solicitar meu retorno ao Programa Bolsa Família, mediante nova atualização cadastral que comprove minha necessidade socioeconômica para participar novamente do Programa.

ii) estou ciente de que esse retorno ao Programa não gera o pagamento das parcelas anteriormente canceladas, e que apenas poderei receber as parcelas geradas a partir do processamento de minha nova inclusão no PBF.

Dados do(a) Responsável Familiar:

Nome completo: _____

CPF: _____

NIS: _____

_____, _____ de _____ de _____

Local e data

Assinatura do(a) Responsável Familiar

Eu, coordenador(a) municipal do Programa Bolsa Família de _____/_____, ou por ele designado, afirmo que foi realizada, nesta data, a atualização cadastral do(a) beneficiário(a) acima identificado(a) no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), e o cancelamento do benefício do Programa Bolsa Família, no Sistema de Benefícios ao Cidadão (Sibec), pelo motivo "Desligamento voluntário".

Declaro, ainda, que procedi ao cancelamento apenas do benefício da família, e não a exclusão de seu cadastro.

O(a) responsável familiar acima identificado(a) poderá ter o cancelamento do seu benefício revertido dentro do prazo de 36 meses (três anos), retornando imediatamente à condição de beneficiário(a), caso sua renda volte a ser compatível com as regras do Programa Bolsa Família. Basta, para isso, que seus dados sejam atualizados no CadÚnico, e que o pedido de retorno garantido seja feito ao coordenador municipal do Programa.

A presente declaração foi assinada em duas vias, uma arquivada no município e a outra entregue para o(a) beneficiário(a).

Dados do(a) coordenador(a) municipal do PBF:

Nome completo: _____

CPF: _____
_____, _____ de _____ de _____

Local e data

Assinatura do(a) coordenador(a) municipal do Programa Bolsa Família