





**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 - RF**

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

Recebimento do comprovante de prestação de informações

Eu, \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local / / Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura



COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES	
<b>Formulário Suplementar 1</b> <b>Vinculação a programas e serviços F1.01</b>	<b>Governo Federal</b> <b>Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</b> Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Departamento do Cadastro Único
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 _____ _____	Assinatura do entrevistador _____ _____
Código familiar _____ _____	Data da entrevista ____/____/____ Dia Mês Ano
Modalidade da operação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	Telefone do órgão responsável _____ _____
Identificação (CPF) _____-_____ _____	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

