



Governo Federal  
**Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,  
 Família e Combate à Fome – MDS**  
 Departamento do Cadastro Único

**Formulário Suplementar 1**  
**Vinculação a programas  
 e serviços**  
**F1. 01**

**1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE**

<b>1.01 - Código familiar</b> <input type="text"/>	<b>1.02 - UF</b> <input type="text"/>	<b>1.03 - Município</b> <input type="text"/>	<b>1.04 - Distrito</b> <input type="text"/>	<b>1.05 - Subdistrito</b> <input type="text"/>	<b>1.06 - Setor Censitário</b> <input type="text"/>
<b>1.07 - Modalidade da operação</b> <input type="checkbox"/> 1 - Inclusão <input type="checkbox"/> 2 - Alteração	<b>1.08 - Forma de coleta de dados</b> <input type="checkbox"/> 1 - Posto de atendimento / CRAS <input type="checkbox"/> 2 - Em domicílio	<b>1.09 - Formulário(s) preenchido(s)</b> <input type="checkbox"/> 0 - Principal <input type="checkbox"/> 2 - Avulso 2 <input type="checkbox"/> 1 - Avulso 1 <input type="checkbox"/> 3 - Suplementar(es) nº(s) <input type="text"/>		<b>1.10 - Data da entrevista</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 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**

<p><b>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.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero</li> <li><input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero</li> <li><input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta</li> <li><input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta</li> <li><input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta de alimentos</li> <li><input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular</li> <li><input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária</li> <li><input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição</li> <li><input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos</li> <li><input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva</li> <li><input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)</li> <li><input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)</li> <li><input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS</li> <li><input type="checkbox"/> 14 - Nenhum</li> </ul>	<p><b>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.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 - Sim</li> <li><input type="checkbox"/> 2 - Não</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>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.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 - Recebe sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social</li> <li><input type="checkbox"/> 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia</li> <li><input type="checkbox"/> 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência</li> <li><input type="checkbox"/> 4 - Nenhum</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código de identificação da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio.</b></p> <p>a) Nº de ordem da pessoa: <input type="text"/></p> <p>b) Código da unidade consumidora: <input type="text"/></p>
---	--

Formulário Suplementar 1  
 CADÚNICO - F1.01



**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**



