

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(A)(S)**Responsável Familiar:**

Nome Completo:

Estado Civil:

Profissão:

RG:

CPF nº:

Renda:

Pessoa com deficiência: ☐ ☐ SIM ☐ ☐ NÃO

Telefones para contato:

Endereço:

Município/UF:

CEP:

Cônjuge:

Estado Civil:

Profissão:

RG:

CPF nº:

Renda:

Pessoa com deficiência: ☐ ☐ SIM ☐ ☐ NÃOCônjuge Ausente: ☐ ☐ SIM ☐ ☐ NÃO

Para fins de inscrição junto ao Programa Minha Casa Minha Vida – Recursos do FAR, declaro(amos) que:

(☐) Possuo(imos) renda familiar até R\$ 1.600,00;

(☐) Possuo(imos) renda familiar até R\$ 3.275,00 e estou(amos) enquadrado(s) na condição de Calamidade Pública/Situação de Emergência ou operações PMCMV vinculadas ao PAC – Programa de Aceleração do Crescimento.

(☐) Sou(mos) pessoa(s) com deficiência e/ou tenho(mos) pessoa(s) da família com deficiência

Nome(s) da(s) pessoa(s) com deficiência:

CID(Classificação Internacional de Doenças) nº

Será necessário promover adequação no imóvel pretendido? ☐ ☐ SIM ☐ ☐ NÃO

Tipo(s) de adequação do imóvel: () Física () Visual () Intelectual () Auditiva () Nanismo

- Que não sou(mos) proprietário(s), cessionário(s), usufrutuário(s), arrendatário(s) ou promitente(s) comprador(es) de imóvel residencial urbano ou rural no local de domicílio

nem onde pretende(mos) fixá-lo, e não participo(amos) de qualquer programa de financiamento, parcelamento imobiliário e/ou arrendamento; em qualquer localidade do país;

- Que não fui(mos) beneficiado(s) em qualquer época com subsídios diretos ou indiretos provenientes de recursos orçamentários da União e/ou dos Fundos Habitacionais FAR, FDS, FGTS e FNHIS para aquisição de moradia;

- Ter ciência de que o imóvel ora adquirido destina-se a residência do(s) adquirente(s), não podendo alugá-lo ou cedê-lo;

- Ter ciência de que serei(mos) excluído(s) de qualquer outro programa similar caso seja(mos) beneficiado(s) com o presente programa;

Declaro(amos), ainda, que a renda bruta mensal do Grupo Familiar é de R\$ _____ (por extenso), e que durante o período do parcelamento permitirei(emos) a fiscalização do imóvel pela instituição financeira ou preposto, devidamente identificado.

Nestas condições, **DECLARO(AMOS)** suficientemente esclarecido(s) de que eventual falsidade nas informações prestadas nesta declaração configura **OS CRIMES DE FALSIDADE IDEOLÓGICA e ESTELIONATO**, previstos no Código Penal Brasileiro, ensejando o pedido de abertura do competente **INQUÉRITO POLICIAL** junto à Polícia Federal, bem como de que terei que devolver a totalidade do subsídio pelo qual fui(omos) diretamente ou indiretamente beneficiado(s), atualizado pela taxa média diária ajustada dos financiamentos apurados no Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, sob pena de inscrição nos cadastros restritivos, sem prejuízo das demais ações judiciais cabíveis.

_____, _____ de _____ de _____

Local/Data

Assinatura do BENEFICIÁRIO

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura do BENEFICIÁRIO

Nome: _____

RG/CPF: _____

Testemunhas

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

De Olho na Qualidade (exclusivo Minha Casa, Minha Vida): 0800 721 6268

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO - PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA (PMCMV) – RECURSOS DO FAR**1 OBJETIVO**

- 1.1** Obter declaração do beneficiário sobre o atendimento aos requisitos legais para participação no Programa Minha Casa Minha Vida – Recursos FAR - Fundo de Arrendamento Residencial.

2 NORMA**2.1 GESTOR**

- 2.1.1** GEMCV – GN Programa Minha Casa Minha Vida – Faixa I

2.2 VINCULAÇÃO

- 2.2.1** Manual Normativo: [HH 152](#)

2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO

- 2.3.1** Formulário eletrônico disponível:
- por meio de “download” clicando no “link”: [MO29881012](#).

2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS

- 2.4.1** O modelo é preenchido em 1 via destinada ao processo de parcelamento.

2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO

- 2.5.1** Agências e GIHAB.

2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO

- 2.6.1** MO29881011.

2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO

- 2.7.1** Deve ser observado o prazo previsto no [HH 152](#).

2.8 GRAU DE SIGILO

- 2.8.1** #PÚBLICO

2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

- 2.9.1** - Alteração do termo “Cônjuge Varão Ausente” para “Cônjuge Ausente”.

2.10 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

- 2.10.1** Tipo de modelo: formulário eletrônico.

- 2.10.2** Impressão/Tipo de papel: posterior ao preenchimento, papel A4 - Mod. 71.139, frente e verso do papel.

- 2.10.3** Formato do modelo: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).

3 PROCEDIMENTOS**3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

- 3.1.1** O modelo contém campos auto-explicativos.