

CHECKLIST - MODALIDADE CONSTRUÇÃO – PROGRAMA PRA TER ONDE MORAR - "CASAS A CUSTO ZERO"

			Sim	Não	
1	Sua família possui renda familiar mensal bruta de até 01 (um) salário mínimo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	É proprietário, cessionário ou promitente comprador de imóvel residencial?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Recebeu do ESTADO DE GOIÁS, GOVERNO FEDERAL ou GOVERNO MUNICIPAL algum dos seguintes benefícios: casa, apartamento ou recursos para construção?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Titular é maior de 18 anos ou emancipado?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Comprova vínculo com o município de no mínimo 3 (três) anos? Ou a quantidade exigida pelo Município, Conforme Edital		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Possui inscrição, ativa e atualizada, no Cadastro Único – CADÚNICO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Reside no município para o qual pleiteia o benefício?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Sim	Não	Não se Aplica
8	<i>Documentos Pessoais (apresentar todos):</i>	CPF OU Comprovante de Situação Cadastral no CPF do titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CPF OU Comprovante de Situação Cadastral no CPF do cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Documento de Identidade do titular (RG, CNH ou CTPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Documento de Identidade do cônjuge (RG, CNH ou CTPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<i>Comprovante de Renda <u>Titular e Companheiro(a)/Cônjuge e dependentes maiores de idade</u> :</i>	Renda formal – Contracheque dos 3 (três) últimos meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Aposentados e pensionistas – Comprovante pagamento INSS (https://meu.inss.gov.br ou comparecendo em uma Agência do INSS) dos 3 (três) últimos meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Renda informal: 1 - Declaração de renda Informal modelo MODELO AGEHAB; 2 - Extrato de contribuição à Previdência Social - CNIS (Cadastro Nacional de Informação Social) emitido no site: https://meu.inss.gov.br ou comparecendo na Agência do INSS; 3 - Cópia da carteira digital de trabalho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Se não possui renda: 1 - Declaração de não exercício de atividade remunerada e ausência de renda, modelo MODELO AGEHAB; 2 - Extrato de contribuição à Previdência Social - CNIS (Cadastro Nacional de Informação Social) emitido no site: https://meu.inss.gov.br ou comparecendo na Agência do INSS; 3 - Cópia da carteira digital de trabalho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<i>Comprovante de Estado Civil:</i>	Solteiro – Certidão de Nascimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Casados – Certidão de Casamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Divorciado – certidão de casamento com averbação de divórcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Viúvo – certidão de casamento + certidão de óbito do cônjuge OU certidão de casamento com averbação do óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Separado de Fato ou Cônjuge Ausente - Declaração de Separado de Corpos - Com reconhecimento de firma pelo Cartório ou pelo Órgão Público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		União estável – Declaração de União Estável conforme MODELO AGEHAB ou emitida pelo Cartório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	<i>Membros da Família:</i>	Carteira de Identidade OU Certidão de Nascimento dos outros membros da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CPF OU Comprovante de Situação Cadastral no CPF de cada um dos membros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Comprovante de Renda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<i>Comprovante de vínculo com o Município onde será concedido o benefício de, no mínimo, 3 (três) últimos anos, ou a quantidade exigida em Edital, de forma ininterrupta, através de no mínimo <u>1 (um) documento para cada ano</u></i>	Título de Eleitor ou Certidão de Quitação Eleitoral informando que o domicílio eleitoral do candidato titular é do município;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) com contrato de trabalho do candidato ou do companheiro/cônjuge registrado em empresa do município;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Certidão de nascimento de filhos, enteados ou Declaração de Tutela ocorridos e registrados no município	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Histórico, declaração escolar do candidato, companheiro ou cônjuge ou de filhos, enteados ou tutelados em CMEIs, creches, berçários, escolas, faculdades do município comprovando que estudou no município;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Relatório com histórico de atendimento na atenção básica de saúde do candidato titular constando carimbo e assinatura do gestor da unidade no Município;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fatura dos Serviços ou Histórico de Fornecimento de Água ou de energia elétrica em nome do candidato titular ou companheiro/cônjuge emitido no município;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Histórico do CadÚnico emitido pelo Gestor do CadÚnico no município;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Comprovante de abertura de conta bancária no município ou correspondências de boletos de cartão que tenha recebido na residência;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Relatório do Portal da Transparência do Governo Federal. Acesse o site: https://portaldatransparencia.gov.br/ , depois clique em BENEFICIOS AO CIDADÃO, depois em Consulta, depois em Valor consolidado anual por beneficiário, insira o CPF para consultar;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Carteira de Vacinação emitida pelo portal - https://meusdigital.saude.gov.br/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relatório de Medicamentos recebidos emitido pelo portal https://meusdigital.saude.gov.br/medicamentos - (Documento deve ser emitido pelo computador e realizado o print da tela contendo o nome do beneficiário e histórico de dispensação de medicamentos);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	<i>Comprovante de Endereço:</i>	1 - Fatura de água/esgoto ou energia recente (último mês); e 2 - Caso esteja em nome de terceiro, apresentação de autodeclaração de residência, conforme MODELO AGEHAB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<i>CadÚnico ATIVO e ATUALIZADO do candidato</i>	Tela do Sistema CADÚNICO (contendo Código Familiar e NIS do candidato, cônjuge ou companheiro, e membros da família) – deverá(ão) estar(em) inscrito(s) previamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOMENTE PARA MSVD E PCD

15	<i>Comprovante de enquadramento na reserva de cotas para MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (MSVD)</i>	1 - Boletim de Ocorrência, expedido pelo Distrito Policial; 2 - Sentença condenatória da ação penal ou, na ausência desta, a Cópia do processo da ação penal ou Certidão Narrativa do processo de Ação Penal; e 3 - Relatório do Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<i>Comprovante de enquadramento na reserva de cotas para PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD) companheiro(a)/cônjuge é pessoa com deficiência</i>	Laudo médico com avaliação da deficiência e contendo a Classificação Internacional da Doença (CID), conforme Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, caso haja alguém na família com deficiência, conforme MODELO AGEHAB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- O preenchimento de todos os requisitos e documentação necessária deste Checklist, são fundamentais, uma vez que a concessão de benefícios está sujeita a critérios do Programa

- A documentação anexada e disponibilizada não será devolvida sob nenhuma hipótese, integrando arquivo próprio da AGEHAB.

_____, _____ de _____ de 20____.

Titular

Cônjuge