



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242
FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PARA O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - "FRENTE DE TRABALHO"

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
TELEFONE	E-MAIL	
<p>Venho, respeitosamente, requerer minha inscrição no Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado "Frente de Trabalho". Anexo ao presente requerimento, cópia dos seguintes documentos: RG, CPF, comprovante de residência e CTPS.</p> <p>Declaro ainda para os devidos fins e sob as penas da lei que não recebo provento, remuneração, pensão, benefício de prestação continuada, seguro-desemprego ou qualquer outra renda do Poder Público ou da iniciativa privada bem como estou ciente e de acordo com o fato deste Programa <u>possuir caráter assistencial, não gerando vínculo de emprego,</u> nem obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, tributária ou outra afim.</p> <p>Por ser verdade firmo a presente.</p> <p>Califórnia/PR _____ de _____ de _____.</p> <p>_____ Assinatura do Inscrito</p>		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242
FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO II

DECLARAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CALIFÓRNIA

Declaro para os fins de inscrição no Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho” que o Sr (a) _____ (nome do inscrito), portador de documento de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____ que:

() Não teve contrato de estágio firmado com o Município

() Teve contrato de estágio firmado com o Município no período de _____ a _____ (data, mês e ano).

() Jamais foi servidor publico no Município de Califórnia seja por contrato efetivo ou temporário

() Foi servidor público do Município no período de _____ a _____ (data, mês e ano).

() Jamais participou do Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho”

() Já participou do Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho” no período de _____ a _____ (data, mês e ano).

Por ser verdade, firmo o presente.

Califórnia/PR _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Servidor do RH



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO III

PARECER SOCIAL (A SER PREENCHIDO APENAS PELA ASSISTENTE SOCIAL)

DADOS PESSOAIS

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
DATA DE NASCIMENTO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO: () FEM. () MASC.
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
TELEFONE		E-MAIL
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
TEMPO DE DESEMPREGO	LOCAL DO ÚLTIMO TRABALHO	
ESTUDANTE () SIM () NÃO	JÁ PARTICIPOU DO PROGRAMA () SIM () NÃO	
ESCOLARIDADE () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR		
RECEBE SEGURO DESEMPREGO () SIM () NÃO	RECEBE APOSENTADORIA/PENSÃO () SIM () NÃO	
RECEBE BPC () SIM () NÃO	POSSUI ALGUM TIPO DE RENDA () SIM () NÃO	
POSSUI FILHOS MENORES DE 16 ANOS? () SIM () NÃO QUANTOS? _____	POSSUI FILHOS MAIORES DE 16 ANOS? () SIM () NÃO QUANTOS? _____	
OBSERVAÇÃO		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

CÔNJUGE

NOME DO CÔNJUGE

RG

CPF

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

() FEM. () MASC.

ESTUDANTE

() SIM () NÃO

PROFISSÃO

SITUAÇÃO LABORAL

() EMPREGADO () DESEMPREGADO

RENTA VARIÁVEL

() SIM () NÃO

APOSENTADO/PENSIONISTA

() SIM () NÃO

SALÁRIO

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (habitam na mesma casa)

NOME	DN/IDADE	SITUAÇÃO LABORAL	RENTA

ASPECTOS SOCIAIS DA FAMÍLIA - PROGRAMAS SOCIAIS

HÁ MEMBRO NA FAMÍLIA PESSOA COM DEFICIÊNCIA?

() SIM () NÃO QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA? _____

HÁ MEMBRO NA FAMÍLIA COM DOENÇA CRÔNICA?

() SIM () NÃO QUAL TIPO DE DOENÇA? _____

FAMÍLIA OU ALGUM MEMBRO RECEBE BENEFÍCIO DE TRANSFERÊNCIA DE RENTA? (bolsa família, BPC, família paranaense ou outro)

() SIM () NÃO QUAL? _____ VALOR R\$ _____

FAMÍLIA OU ALGUM MEMBRO RECEBE BENEFÍCIO EVENTUAL?

() SIM () NÃO

POSSUI CARTEIRA DE TRANSPORTE GRATUITO?

() SIM () NÃO QUAL? _____

OBSERVAÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ASPECTOS SOCIAIS DA FAMÍLIA - MORADIA

SITUAÇÃO DA MORADIA

- () PRÓPRIA COM TITULARIDADE () PRÓPRIA SEM TITULARIDADE
() FINANCIADA VALOR DA PRESTAÇÃO R\$ _____
() ALUGADA VALOR DO ALUGUEL R\$ _____

TIPO DE CONSTRUÇÃO

- () ALVENARIA () MADEIRA () MISTO () OUTRO

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA MORADIA

- () BOA () REGULAR () PÉSSIMA

LUZ () SIM () NÃO	ÁGUA () SIM () NÃO	REDE DE ESGOTO () SIM () NÃO
FONTE DE ENERGIA () PÚBLICA () CLANDESTINA	ABASTECIMENTO () PÚBLICA () CLANDESTINA () POÇO OU NASCENTE	TIPO DE ESCOAMENTO () FOSSA RUDIMENTAR () FOSSA SÉPTICA () VALA COMUM () CÉU ABERTO () REDE DE ESGOTO
Nº DE QUARTOS	Nº DE BANHEIROS	Nº DE COMODOS

ASPECTOS LEGAIS

ESTÁ DESEMPREGADO?

- () SIM () NÃO

TEMPO DE DESEMPREGO

RESIDE NO MUNICÍPIO HÁ MAIS DE 6

(SEIS) MESES? () SIM () NÃO

RENDIA FAMILIAR PER CAPTA

RECEBE PROVENTO, REMUNERAÇÃO, SEGURO-DESEMPREGO OU QUALQUER OUTRA RENDA DO PODER PÚBLICO OU DA INICIATIVA PRIVADA?

- () SIM () NÃO

HÁ ALGUÉM DO NÚCLEO FAMILIAR PARTICIPANDO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - "FRENTE DE TRABALHO"?

- () SIM () NÃO

PARTICIPA OU PARTICIPOU DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - "FRENTE DE TRABALHO"?

- () SIM () NÃO HÁ QUANTO TEMPO? _____

OBSERVAÇÃO:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

PARECER SOCIAL

Considerando as informações prestadas pelo entrevistado durante o atendimento, bem como o conhecimento da situação de vulnerabilidade social do quadro familiar constatado através de visitas sociais dos técnicos, a assistente social que esta assina entende que o entrevistado:

() Preenche os requisitos da lei do Programa De Qualificação Ao Desempregado - “Frente De Trabalho”, estando apto para ingressar no Programa.

() Não Preenche os requisitos da lei do Programa De Qualificação Ao Desempregado - “Frente De Trabalho”, não estando apto para ingressar no Programa.

É o parecer.

Califórnia/PR, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo da Assistente Social

OBS: NÃO TERÁ VALIDADE ESTE PARECER SE NÃO CONSTAR A ASSINATURA E O CARIMBO DO PROFISSIONAL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO IV

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - "FRENTE DE TRABALHO"

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE/ESTADO	
TELEFONE	E-MAIL	
<p>Venho por meio deste instrumento formalizar minha adesão e compromisso em participar do PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO – FRENTE DE TRABALHO, comprometendo-me a participar e executar as atividades do Programa que visa proporcionar qualificação profissional, ocupação e renda aos desempregados residentes no Município de Califórnia/PR.</p> <p>Declaro que estou ciente que este Programa não se trata de emprego, não gerando qualquer tipo de vínculo ou obrigação trabalhista ou previdenciária, e sim um programa de qualificação pelo qual receberei a renda denominado “bolsa qualificação” no valor de 1 (um) salário mínimo pelo período de 6 (seis meses), podendo ser prorrogado uma única vez por igual período.</p> <p>Por estar ciente, firmo o presente.</p> <p>Califórnia, ____ de ____ de ____.</p> <p>_____ Assinatura do Aderente</p> <p>_____ Assinatura do Chefe do Poder Executivo</p>		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO V

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PARA RECONDUÇÃO AO PROGRAMA

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE/ESTADO	
TELEFONE	SECRETARIA EM QUE ESTÁ INSERIDO	
O ADERENTE CUMPRE ADEQUADAMENTE AS TAREFAS QUE LHE SÃO REPASADAS () SIM () NÃO		
O ADERENTE PARTICIPA DAS ATIVIDADES/CURSOS QUE LHE SÃO INDICADOS () SIM () NÃO		
O ADERENTE COLABORA COM O BOM ANDAMENTO DAS ATIVIDADES () SIM () NÃO		
O ADERENTE MANTÉM BOM RELACIONAMENTO COM COLEGAS DE PROGRAMA, SERVIDORES PÚBLICOS E POPULAÇÃO? () SIM () NÃO		
HÁ INTERESSE DA SECRETARIA EM RECONDUZIR O ADERENTE AO PROGRAMA () SIM () NÃO		
O ADERENTE JÁ FOI RECONDUZIDO ALGUMA VEZ? () SIM () NÃO QUANDO? _____		
Diante das informações acima , entende-se que o Aderente está () APTO () INAPTO Para ser reconduzido para o Programa de Qualificação ao Desempregado - “Frente de Trabalho”.		
ASSINATURA E CARIMBO REPRESENTANTE DA SECRETARIA		ASSINATURA E CARIMBO DO CHEFE DO PODER EXECUTIVO