

Eu, _____, número Eletros _____, categoria _____, Patrocinadora _____, Renda Pessoal Mensal Bruta de R\$ _____ e Renda Familiar Mensal Bruta (base de cálculo do benefício do PAM) de R\$ _____, endereço _____, telefone _____ solicito minha **Inscrição** e a de meu(s) Dependente(s) _____, _____, no Programa de Auxílio à Mensalidade - PAM da Fundação FABES, aprovado na 148ª reunião, pelo Conselho Deliberativo da FABES.

Para tanto, declaro total **Ciência** e integral **Concordância** com os termos e condições de seu Regulamento, em especial no tocante ao fato de que a FABES promoverá verificações sistemáticas, por amostragem, da renda familiar mensal bruta dos Beneficiários do PAM. Estou ciente e concordo que, caso essa renda ultrapasse o limite estabelecido pelo programa, o regulamento determina meu desligamento automático do PAM.

Assumo também, desde já, a **Responsabilidade** de apresentar, sempre que me for solicitada, toda a documentação que a FABES entender necessária para fins de verificação de minha renda familiar mensal bruta; assim como pela idoneidade dos documentos apresentados e pela veracidade das informações prestadas.

Declaro igualmente que possuo renda familiar mensal bruta em conformidade com o limite estabelecido em regulamento assumindo o **Compromisso** de que, caso essa renda familiar mensal bruta venha a ultrapassar o atual limite de renda, autorizado pelo CDF na 148ª reunião, tomarei de imediato a iniciativa de procurar a FABES e de me desligar do programa.

Autorizo, também desde já, o **Débito em Folha de Pagamento**, destinado ao ressarcimento à FABES, de recursos eventual e indevidamente por mim recebidos, devidamente corrigidos pelo INPC, decorrentes da não observação dos termos e condições do Regulamento do PAM.

_____ Assinatura do Participante <u>Ia. Testemunha</u> _____ Nome _____ Assinatura _____ Carteira de Identidade Órgão Emissor _____ CPF	_____/_____/_____ Data de Solicitação de Inscrição <u>IIa. Testemunha</u> _____ Nome _____ Assinatura _____ Carteira de Identidade Órgão Emissor _____ CPF
--	---

INSTRUÇÕES

1. Leia com atenção TODOS os itens e informações presentes nesta instrução, bem como no Regulamento do Programa.
2. Certifique-se, com cuidado, de que você atende a todos os requisitos necessários para se inscrever no Regulamento do PAM.
3. Verifique se os dependentes que deseja inscrever junto com você são seus dependentes no Plano Eletros-Saúde Assistidos.
4. Verifique se a sua Renda Familiar Mensal Bruta (soma dos seus rendimentos brutos pessoais mensais com os rendimentos brutos mensais dos dependentes) está contemplada na tabela para cálculo do comprometimento de renda.
5. Preencha todos os campos do formulário. Caso algum campo seja deixado em branco, seu pedido de inscrição no PAM não será processado.
6. Em caso de dúvida, busque esclarecimentos na FABES através do e-mail: fabes@eletros.com.br
7. Suas informações serão conferidas e, caso sejam confirmadas, você receberá uma comunicação formal, por e-mail, de que sua inscrição foi aceita.
8. O fato de sua inscrição ser aceita não impede que seja efetuada uma eventual verificação posterior das informações prestadas.
9. O Auxílio à Mensalidade será mensalmente creditado mediante adimplência junto ao Plano Eletros-Saúde Assistidos.
10. A FABES anualmente realizará recadastramento dos beneficiários.
11. Caso sua renda familiar mensal bruta ultrapasse, a qualquer momento, o limite estabelecido, o crédito mensal do Auxílio à Mensalidade será automaticamente interrompido e a FABES tomará as devidas providências necessárias para recuperar os valores que eventualmente lhe tenham sido indevidamente pagos.
12. As regras e condições presentes no regulamento do Programa de Auxílio à Mensalidade foram aprovadas pelo CDF. Alterações, ajustes e aperfeiçoamento poderão ser efetuados a critério do Conselho Deliberativo da FABES - CDF.
13. A FABES entende que as condições estabelecidas para o PAM são as melhores possíveis neste momento e conta com a rigorosa observação de seu Regulamento por parte de seus beneficiários.