

ANEXO II
REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ELEIÇÕES CAS/DF - 2024/2027
REPRESENTANTE DE USUÁRIA(O)

Nome:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
NIS nº ou protocolo de inscrição ou CadÚnico:
Condição: (Campo obrigatório. Escolha apenas uma alternativa) () Eleitora(o) () Candidata(o)/eleitora(o)
DECLARAÇÃO DA QUALIDADE DE USUÁRIA(O) DO SUAS/DF Declaro, nos termos da lei, que a pessoa acima qualificada é assistida por esta unidade de assistência social.
Nome da instituição:
Endereço:
Nº da inscrição no CAS/DF (quando for entidade não governamental):
Responsável pela declaração:
CPF:

ANEXO III
REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ELEIÇÕES CAS/DF - 2024/2027
ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIAS(OS)

DADOS DA ORGANIZAÇÃO
Nome:
Endereço (físico ou eletrônico):
Telefones:
E-mail:
Condição: (Campo obrigatório. Escolha apenas uma alternativa) () Eleitora(o) () Candidata(o)/eleitora(o)
Possui 02 mandatos consecutivos no CAS/DF: () sim () não
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL
Nome:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
DECLARAÇÃO Declaro, nos termos da lei, que a organização acima qualificada congrega as pessoas destinatárias da Política de Assistência Social, de acordo com a Resolução CNAS nº 99, de 04 de abril de 2023. Assinatura do representante legal: CPF:
DADOS DA PESSOA DESIGNADA PARA REPRESENTAR A ORGANIZAÇÃO PERANTE O CAS/DF
Nome:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
Assinatura da pessoa designada:

ANEXO IV
REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ELEIÇÕES CAS/DF - 2024/2027
ORGANIZAÇÃO DE TRABALHADORAS(ES)

DADOS DA ORGANIZAÇÃO
Nome:
CNPJ:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
Condição: (Campo obrigatório. Escolha apenas uma alternativa) () Eleitora(o) () Candidata(o)/eleitora(o)
Possui 02 mandatos consecutivos no CAS/DF: () sim () não
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL
Nome:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
DECLARAÇÃO Declaro, para os devidos fins, que a organização acima qualificada é representativa dos trabalhadores do SUAS, de acordo com a Resolução CNAS nº 06, de 21 de maio de 2015.
Assinatura do representante legal: CPF:
DADOS DA PESSOA DESIGNADA PARA REPRESENTAR A ORGANIZAÇÃO PERANTE O CAS/DF
Nome do representante:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
Assinatura da pessoa designada:

ANEXO V
REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ELEIÇÕES CAS/DF - 2024/2027
ENTIDADES OU ORGANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO DF

DADOS DA ENTIDADE
Nome:
CNPJ:
Inscrição CAS/DF nº:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
Representante legal:
Condição: (Campo obrigatório. Escolha apenas uma alternativa) () Eleitora(o) () Candidata(o)/eleitora(o)
Possui 02 mandatos consecutivos no CAS/DF: () sim () não
DADOS DA PESSOA DESIGNADA PARA REPRESENTAR A ORGANIZAÇÃO PERANTE O CAS/DF
Nome:
Endereço:
Telefones:
E-mail:
Assinatura da pessoa designada: