**TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO FAMILIAR**

O Município de Irati – SC, inscrito no CNPJ 95.990.230/0001-51, através da Secretaria Municipal de Assistência Social, representada pelo Secretário Municipal de Assistência Social, Sr. Sérgio Riboldi, brasileiro, Assistente Social, CPF 004.628.749-31, vem através deste instrumento celebrar o presente **“TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO FAMILIAR – Programa Família Acolhedora”,** com:

**Dados da Família Acolhedora:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A família acima demonstra interesse em participar do serviço de Alta Complexidade, Programa Família Acolhedora e se compromete em atender os dispostos na Lei Municipal 978/2017 e alterações posteriores, fazendo jus a todos os benefícios e responsabilidades nela dispostos.

2. A Família Acolhedora afirma estar participando de um Serviço Socioassistencial e que seu trabalho como Família Acolhedora é **VOLUNTÁRIO** e que o valor recebido pelo município advém da Bolsa Auxílio, que irá subsidiar as despesas de permanência da criança e do adolescente em sua residência.

3. O presente Termo de Adesão tem prazo indeterminado tendo seu término efetivado com o desligamento da família, quando houver vontade de uma das partes.

Irati – SC, \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Nome: |
| CPF: | CPF: |
| Assinatura: | Assinatura: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretária Municipal de Assistência Social

Testemunha: Testemunha:

CPF: CPF: