



ANEXO V

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO COM A UTILIZAÇÃO DO SUBSÍDIO
FINANCEIRO**

Eu, _____,
brasileiro(a), portador(a) da Carteira de Identidade de n.º _____, órgão
emissor _____, inscrito (a) sob o CPF
_____, profissão _____, estado civil
_____, residente e domiciliado no endereço:

CEP: _____ - Paraíba, pelo
presente instrumento, declaro ser autossuficiente financeiramente e estar ciente de
que farei jus ao recebimento do subsídio financeiro mensal equivalente (1) um salário
mínimo mensal por criança ou adolescente acolhido, conforme determinado na
Resolução da CIB nº 004 de 30 de junho de 2021 e , fato que . Para recebimento do
subsídio, deverá ser considerada a data _____, devendo ser
recebido durante todo o período em que permanecer com o(s) acolhido(s) nos termos
da Lei Estadual nº 11.038/17, podendo ser suspenso a qualquer tempo, mediante
avaliação técnica do Serviço de Acolhimento Familiar. Afirmo saber também que o
referido subsídio financeiro se destina ao cumprimento do Plano Individual de
Atendimento a ser construído juntamente com a equipe técnica do Serviço de
Acolhimento Familiar, devendo ser utilizado no atendimento das demandas da criança
ou do adolescente acolhido e **que em hipótese alguma** poderá ser utilizado para
outras finalidades sob pena de desabilitação do cadastro de família acolhedora, ou
mesmo devolução do valor, não excluindo-se a possibilidade de responsabilização
judicial. Dou ciência de que permanecendo com o acolhido por um período inferior a 1
(um) mês, receberei o valor proporcional aos dias de acolhimento, não sendo este
inferior a 25% do valor referente a um mês de subsídio. Estou ciente também de que o
serviço a que aderi é voluntário, não sendo remunerado e não gerando vínculo
empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim. Ciente,
portanto, dos compromissos e responsabilidades inerente à condição de família
acolhedora, informo que o depósito da Bolsa Auxílio deverá ser realizado com os
seguintes dados bancários:

Nome do Titular da conta: _____

Banco: _____

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 2501 – Bairro dos Estados, CEP 58030-002

João Pessoa/PB – Fone: (83) 3133-4066 | (83) 3133-4067

E-mail: gerenciaexecutivapse@sedh.pb.gov.br



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Tipo de Conta: _____

Conta: _____

Agência: _____

Local e data

Assinatura

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 2501 – Bairro dos Estados, CEP 58030-002

João Pessoa/PB – Fone: (83) 3133-4066 | (83) 3133-4067

E-mail: gerenciaexecutivapse@sedh.pb.gov.br