

ANEXO III - TERMO DE ADESÃO AO AUXÍLIO FAMÍLIA - BENEFICIÁRIO

I - Beneficiário

Eu, _____ (nome completo), portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, declaro meu interesse em retornar ao convívio familiar ou de grupo afetivo e residir com _____ (nome completo do responsável familiar ou do responsável do grupo afetivo) no endereço _____, para tanto, estou de acordo com presente Termo de Adesão, nos seguintes termos:

Comprometo-me a participar de todas as atividades e ações necessárias para a reintegração, conforme pactuado com o órgão responsável pelo acompanhamento do auxílio, incluindo o cumprimento das recomendações da equipe técnica responsável pelo acompanhamento técnico dos beneficiários do Auxílio Família, por meio do Plano Individual de Atendimento

Declaro que estou ciente dos direitos e deveres inerentes ao convívio familiar e comprometo-me a respeitar as regras pactuadas.

Declaro que estou de acordo com as diretrizes presentes no Art. 18 da portaria SMADS nº XX de novembro de 2023, que são:

Vincular-me a:

- Rede Socioassistencial do território do domicílio;
- Unidade Básica de Saúde (UBS) do território, inclusive com atualização de esquema vacinal, no caso de crianças e adolescentes;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), se necessário;
- Rede de Ensino Regular, no caso de pessoas em idade escolar, e Educação de Jovens e Adultos (EJA), no caso de jovens e adultos acima de 15 anos que não tiveram acesso e/ou não concluíram o Ensino Fundamental (1º ao 9º Ano), quando pertinente.

Declaro que estou ciente dos aspectos que repercutem na suspensão temporária e cancelamento do Auxílio Família, presentes nos Art. 26 da portaria SMADS nº XX de novembro de 2023, que são:

- I – a pessoa acolhida ou acolhedora não atender aos critérios para manutenção do auxílio de acordo com avaliação técnica, conforme Art. 8º desta portaria;
- II – o beneficiário deixar de morar no domicílio da família ou grupo afetivo que o acolheu;
- III - a pessoa acolhida for contratada para o exercício de atividade profissional com registro em carteira por mais de 6 (seis) meses contínuos, de modo que a renda familiar se torne superior a 1 (um) salário-mínimo per capita e com comprovação, através de relatório da equipe técnica, que o beneficiário dispõe de condições financeiras suficientes para prover o próprio sustento.

Autorizo a equipe técnica responsável pelo acompanhamento técnico a realizar as ações necessárias para o sucesso da ação piloto, incluindo o acesso a informações pessoais para fins de monitoramento, respeitadas as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados ([Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018](#)).

Tenho conhecimento que:

- Em caso de dúvidas, sugestões e reclamações sobre o atendimento e os serviços oferecidos posso acessar os canais de atendimento do 156 ou contatar a equipe específica de SMADS contratada para operação do Auxílio Reencontro, por meio de telefone a ser fornecido por esta.

- Meus direitos enquanto beneficiário do Auxílio Família estão previstos na [Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017](#) e no [Decreto Municipal nº 58.426, de 18 de setembro de 2018](#), que estabelece a Política Municipal de Atendimento ao Cidadão, no âmbito da Cidade de São Paulo.

Declaro que as informações fornecidas neste Termo de Adesão são verdadeiras e me comprometo a informar qualquer alteração relevante durante a concessão do benefício.

Assinatura do(a) beneficiário