



Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome  
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

## DECLARAÇÃO PARA DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO

Prezado(a) Gestor(a) Municipal do Programa Bolsa Família do Município de Maracanaú/CE,

Eu, Raimunda Leano Martins  
\_\_\_\_\_, beneficiária(o) do Programa Bolsa Família, Número de Identificação Social (NIS) 10765252322, solicito meu desligamento voluntário do referido Programa, nos termos da Portaria GM/MDS nº 555, de 21/11/ 2005, bem como a atualização cadastral no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal com o registro da minha renda atual e/ou outras informações relevantes para o meu cadastro.

Declaro, ainda, que:

a) estou ciente de que poderei, a qualquer momento dentro do prazo de 36 meses, solicitar meu retorno ao Programa Bolsa Família, mediante nova atualização cadastral que comprove minha necessidade socioeconômica para participar novamente do Programa.

b) estou ciente de que esse retorno ao Programa não gera o pagamento das parcelas anteriormente canceladas e apenas poderei receber as parcelas geradas a partir do processamento de minha nova inclusão no PBF.

Atenciosamente,

AP060: Raimunda Leano Martins

**Assinatura**

Nome completo da(o) Responsável pela Unidade Familiar

10765252322

**NIS**

Responsável pela Unidade Familiar

Maracanaú, 13 de 06 de 20



Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome  
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

Eu, Gestor(a) Municipal do Programa Bolsa Família do Município de Maracanaú/CE, ou por ele designado, afirmo que foi realizada, nesta data, a atualização cadastral da(o) beneficiária(o) acima identificada(o) no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e o cancelamento do benefício do Programa Bolsa Família no Sistema de Benefícios ao Cidadão (Sibec), pelo motivo "Desligamento voluntário", conforme inciso I do art. 8º da Portaria GM/MDS nº 555, de 2005.

Declaro, ainda, que procedi ao cancelamento apenas do benefício da família, e não a exclusão de seu cadastro.

A(o) responsável familiar acima identificada(o) poderá ter o cancelamento do seu benefício revertido dentro do prazo de 36 meses (três anos), retornando imediatamente à condição de beneficiária(o), caso sua renda volte a ser compatível com as regras do Programa Bolsa Família. Basta, para isso, que seus dados sejam atualizados no Cadastro Único e que o pedido de Retorno Garantido seja feito ao Gestor Municipal do Programa.

A presente declaração foi assinada em duas vias, uma arquivada no município e outra entregue para o beneficiário.

Assinatura

(Nome do(a) Gestor(a) Municipal do Programa Bolsa Família)

Maracanaú, 19 de 06 de 20