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, MARIA CREUZA GOMES MULATO, beneficiária(o) do Programa Bolsa Família, Número de Identificação Social (NIS) 12024956051, 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,

X maria creuza gomes mulato

Assinatura
Nome completo da(o) Responsável pela Unidade Familiar

12024956051

NIS
Responsável pela Unidade Familiar

Maracanaú, 11 de 06 de 26.