**DECLARAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DE RESPONSÁVEL FAMILIAR (RF)**

(Válido somente para titular de conta contábil, conforme o § 3º do art. 15 da Portaria MDS nº 954/2023)

Declaro que, devido ao Responsável Familiar (RF) abaixo citado estar impedido de realizar o saque do benefício do Programa Bolsa Família (PBF), fica autorizado o substituto a realizar o saque das parcelas do PBF no prazo discriminado, conforme especificado a seguir.

Nome completo do RF impedido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF do RF impedido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; NIS do RF impedido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo do RF substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF do RF substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; NIS do RF substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sr(a). Responsável Familiar substituto(a),

Esta Declaração deverá ser entregue na agência da Caixa Econômica Federal a fim de possibilitar o pagamento por meio de guia de pagamento, considerando o impedimento do Responsável Familiar de realizar o saque pessoalmente, conforme atestado neste documento.

Sr(a). Caixa Executivo(a),

Esta declaração confere ao RF substituto, devidamente identificado, durante o período de validade, direito ao saque de benefícios por meio de guia de pagamento, devendo ser arquivada na agência.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Local e data*

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

*Assinatura do(a) coordenador(a) municipal do PBF de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_*

Obs.: Este documento tem caráter provisório e permitirá o pagamento da(s) parcela(s) até 30 dias a contar da data da assinatura.