# ACUERDO DE VINCULACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ciudad: | Día: | Mes: | Año: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yo** |  | | | | | |
| Identificada(o) con documento de identidad: | | | | Tipo | No | De |
| Con residencia en: | | Dirección | Ciudad | | Teléfono Fijo | Celular |

Manifiesto expresa y libremente, en nombre de mi grupo familiar nuestra intención de participar en la Modalidad de acompañamiento psicosocial familiar y comunitario ***Mi Familia***, *cuyo objetivo es “Fortalecer a las familias para promover la protección integral de los niños, niñas y adolescentes y contribuir a la prevención de violencia, negligencia o abusos en su contra”.*

Adicional a lo anterior, me permito declarar que:

* Comprendo que, en nombre del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la modalidad será implementada por la organización (Nombre del operador):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* A la firma del presente documento, he recibido información sobre Mi Familia, que incluye los siguientes componentes: (i) fortalecimiento de capacidades familiares; (ii) fortalecimiento de capacidades comunitarias y, (iii) Convergencia de oferta y gestión de redes.
* Me han informado que el acompañamiento familiar y comunitarios se hará a través de: (i) Visitas domiciliarias, (ii) encuentros familiares o comunitarios y, (iii) acompañamiento no presencial.
* Toda la información suministrada o a suministrar a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del Operador), en desarrollo de la Modalidad, es y será verídica.
* Autorizo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a registrar la información suministrada en los diferentes formularios e instrumentos en sus bases de datos, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1327 de 2013 sobre protección de datos personales: **Si \_\_ No\_\_.**
* Autorizo al ICBF a enviar mensajes de texto (SMS/WhatsApp) o contactarme a los números de contacto suministrados, al igual que a mi correo electrónico, para recibir información sobre la modalidad y nuestro proceso como familia: **Si \_\_ No\_\_.**
* Nos comprometemos a participar activamente de todas las actividades a las que seamos convocados, en desarrollo de la modalidad.
* Nos comprometemos a asistir a las sesiones de acompañamiento (visitas y Encuentros) de acuerdo con la fecha, hora y lugar acordado previamente con el Profesional de Acompañamiento Familiar.
* Nos comprometemos a asegurar la asistencia del (los) Cuidadores de lo(s) miembro(s) de la familia con discapacidad, a los encuentros especializados, cuando haya lugar.
* Autorizo al ICBF y/o su operador a emplear archivos fotográficos, de audio y/o video que hayan sido tomados durante la implementación del programa, para el desarrollo de campañas audiovisuales de difusión y promoción del programa. Así mismo, declaro exonerar al ICBF o su operador del pago de reconocimientos económicos o comerciales por el uso a los archivos antes mencionados: **Si \_\_ No\_\_**

Se firma a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_ año 20\_\_.

Firma del jefe de hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_