# 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 que, luego de haberlo conversado y definido en conjunto con los integrantes de mi grupo familiar, hemos acordado participar en la modalidad de acompañamiento familiar y comunitario ***Mi Familia***, cuyo objetivo es *“Fortalecer las capacidades individuales y colectivas con familias en situación de vulnerabilidad, para promover el desarrollo familiar y el fortalecimiento del tejido social para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y contribuir a la prevención de violencias, negligencias y/o abusos en su contra”.*

Con la firma del presente documento me permito declarar que nos han informado de manera clara que:

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

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

* La modalidad ***Mi Familia*** incluye los siguientes componentes: (i) Fortalecimiento de capacidades familiares; (ii) Gestión de redes, y (iii) Capacidades comunitarias.
* La modalidad ***Mi Familia*** ofrece la alternativa de recibir acompañamiento familiar y comunitario de manera Presencial y No presencial. La Atención Presencial se hace a través de: (i) Visitas domiciliarias y (ii) encuentros familiares o comunitarios. La Atención No Presencial se hace a partir de: (i) Llamadas telefónicas y (ii) Envío de información vía chat o correo electrónico, dependiendo de las condiciones de conectividad del territorio y del acceso a estas tecnologías.

De igual manera dejo constancia que, en desarrollo de la Modalidad ***Mi Familia,*** nos comprometemos a:

* Suministrar información verídica.
* Participar activamente de todas las actividades a las que seamos convocados en desarrollo de la modalidad, de acuerdo con la fecha, hora y modo acordado previamente con el/la Profesional de Acompañamiento Familiar.
* Asegurar la participación del (los) Cuidador(es) de lo(s) miembro(s) de la familia con discapacidad, en las acciones de tipo especializado, cuando haya lugar.

En consecuencia, en representación de mi familia de manera voluntaria:

* 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 y/o su operador a enviar mensajes de texto (SMS/WhatsApp) o contactarme a los números de contacto suministrados, al igual que a mi correo electrónico, para recibir exclusivamente información sobre la modalidad y nuestro proceso como familia: Si \_\_ No\_\_.
* 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\_\_.
* Autorizo al ICBF y/o su operador a brindarnos atención de forma Presencial y/o No presencial de acuerdo con las condiciones propias del territorio, por parte de los profesionales que realizan el acompañamiento psicosocial familiar: Si \_\_ No\_\_.

Se firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ciudad*) a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_ año 20\_\_.

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

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*En caso de que el jefe del hogar no cuente con firma podrá incluir la huella digital.