

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Caro aluno: preencha **TUDO** o formulário e **APRESENTE A DOCUMENTAÇÃO** solicitada, para que não haja prejuízo na avaliação de seu pedido.

I - SERVIÇOS SOLICITADOS

(Marque o auxílio almejado)

AUXÍLIO TRANSPORTES

BOLSA DE ESTUDOS ASSISTENCIAL

II - DADOS PESSOAIS

ALUNO(A)

NASC.:

SEXO

ESTADO CIVIL

CURSO

MATRÍCULA

TURNO

ESTUDOU EM ESCOLA

CPF

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ORGÃO EXPEDIDOR/UF

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO(A). (Rua, Avenida, etc.)

N.º

APARTAMENTO

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

PONTO DE REFERÊNCIA

TEL. RESIDENCIAL

TEL. TRABALHO

CELULAR 1

E-MAIL

SE SUA FAMÍLIA RESIDE EM OUTRA CIDADE PREENCHA OS ITENS ABAIXO:

ENDEREÇO RESIDENCIAL DA FAMÍLIA. (Rua, Avenida, etc.)

N.º

APARTAMENTO

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

MORADIA DO(A) ALUNO(A)

SOZINHO

FAMÍLIA

PARENTES

PENSÃO

REPÚBLICA

SITUAÇÃO DE MORADIA:

CASA PRÓPRIA

CASA ALUGADA

CASA CEDIDA

CASA FINANCIADA

OUTROS

POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR?

SIM

NÃO

(Em caso afirmativo relacionar)

MARCA/MODELO

ANO FABR.

VALOR

COMERCIAL/PASSEIO

III - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

A) DO SOLICITANTE (ALUNO/A)

ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:

TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

TRABALHO TEMPORÁRIO

TRABALHO AUTÔNOMO

TRABALHO INFORMAL

TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA

RECEBE SEGURO DESEMPREGO

NUNCA TRABALHOU

NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

PENSIONISTA

AFASTADO

OUTROS

QUAL A SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR

É ARRIMO DE FAMÍLIA (Principal responsável)

CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR

É DEPENDENTE

NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO

B) DO GRUPO FAMILIAR

ESPECIFIQUE A SITUAÇÃO DE TRABALHO DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR

Nome

Parentesco

Idade

Prof./Ativ.

Estado Civil

Escolaridade

Renda Br. Mensal

Total da Renda Familiar em Reais:

RENDA AGREGADA

<i>RENDAS</i>	<i>VALOR R\$</i>
PENSÃO ALIMENTÍCIA	
AJUDA DE FAMILIARES	
TRABALHO INFORMAL	
RECEBE ALUGUEL	
NÃO POSSUI RENDA AGREGADA	

Total da Renda Familiar Agregada

PESSOAS DESTE GRUPO FAMILIAR QUE ESTUDAM EM OUTRAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES E PAGAM A MENSALIDADE:

<u>INSTITUIÇÃO</u>	<u>MEMBRO FAMILIAR</u>	<u>VALOR</u>
--------------------	------------------------	--------------

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA?

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTE DE SAÚDE?	SIM	NÃO
---	-----	-----

EM CASO AFIRMATIVO QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?

QUAL O TIPO DE DOENÇA? (Pulmonar, sanguínea, renal, Câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), neurológica, cardíaca, psicológica)

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA QUE ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO?	SIM	NÃO
---	-----	-----

EM CASO AFIRMATIVO QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?

FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUM MEDICAMENTO?	SIM	NÃO
--	-----	-----

EM CASO AFIRMATIVO COMO É ADQUIRIDO ESTE MEDICAMENTO?

EXISTE ALGUÉM COM NECESSIDADES ESPECIAIS NA FAMÍLIA?	SIM	NÃO
--	-----	-----

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL A NECESSIDADE ESPECIAL??

DESPESAS BÁSICAS MENSAIS:

RUBRICAS	VALOR R\$
ALUGUÉIS E CONDOMÍNIO	
TAXAS PÚBLICAS (Água, Luz, Telefone)	
IPTU	
IPVA (Licenciamento de Veículos)	
FINANCIAMENTO DA CASA PRÓPRIA	
GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR	
COMBUSTÍVEL	
PLANO DE SAÚDE	
SEGUROS	
OUTRAS DESPESAS COM SAÚDE	
OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO	
VIDA SOCIAL	

Total dos Gastos:

Apresentar **FOTOCÓPIAS AUTENTICADAS** dos comprovantes de **DESPESAS**.

Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas e declaro estar ciente que, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados, o benefício a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

Santa Teresa,

de

de

NOME DO(A) ALUNO(A) SOLICITANTE

ASSINATURA DO ALUNO