

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS ASSISTENCIAL

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

I- SERVIÇO SOLICITADO

Marque a bolsa almejada

- ☐ BOLSA DE ESTUDOS CEBAS 50%
- ☐ BOLSA DE ESTUDOS CEBAS 100%

II - DADOS PESSOAIS DO ALUNO(A):

ALUNO(A): _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: Masculino () Feminino ()

Nº CERTIDÃO NASCIMENTO: _____ CPF: _____ CI/ORG. EXP.: _____

ESTUDA EM ESCOLA: () PÚBLICA () PRIVADA OU () NÃO ESTUDA

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Avenida, etc.): _____ Nº: _____

APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

III - DADOS PESSOAIS DOS PAIS:

PAI: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: Masculino () Feminino ()

ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____ CI/ORG. EXP.: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO FUNDAMENTAL: () COMPLETO () INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO: () COMPLETO () INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR: () COMPLETO () INCOMPLETO

ESPECIALIZAÇÃO: () COMPLETO () INCOMPLETO

TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: Masculino () Feminino ()

ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____ CI/ORG. EXP.: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO FUNDAMENTAL: () COMPLETO () INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO: () COMPLETO () INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR: () COMPLETO () INCOMPLETO

ESPECIALIZAÇÃO: () COMPLETO () INCOMPLETO

TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

IV - DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL LEGAL (quando for o caso):

RESPONSÁVEL LEGAL: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: Masculino () Feminino ()

ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____ CI/ORG. EXP.: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO FUNDAMENTAL: () COMPLETO () INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO: () COMPLETO () INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR: () COMPLETO () INCOMPLETO

ESPECIALIZAÇÃO: () COMPLETO () INCOMPLETO

TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

V- SITUAÇÃO DE MORADIA DA FAMÍLIA:

() CASA PRÓPRIA () OUTROS: _____

() CASA FINANCIADA _____

() CASA ALUGADA

() CASA CEDIDA

VI – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**A – DO REQUERENTE****ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:**

- | | |
|--|---|
| ☐ TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO | ☐ NUNCA TRABALHOU |
| ☐ TRABALHO TEMPORÁRIO | ☐ NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO |
| ☐ TRABALHO AUTÔNOMO | ☐ PENSIONISTA |
| ☐ TRABALHO INFORMAL | ☐ AFASTADO |
| ☐ TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA | ☐ OUTROS _____ |
| ☐ RECEBE SEGURO DESEMPREGO | |

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	Profissão Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda Bruta Mensal (R\$)
Renda Total Familiar em Reais						

RENDA AGREGADA

() Pensão Alimentícia R\$ _____

() Ajuda de Familiares R\$ _____

() Trabalho Informal R\$ _____

() Recebe Aluguel R\$ _____

() Não possui renda agregada

Total da renda Familiar Agregada em Reais R\$ _____

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

Instituição	Nome do membro familiar	Valor da mensalidade

POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR?

() SIM

() NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR:

Marca/Modelo	Ano de fabricação	Comercial/Passeio	Valor (R\$)

POSSUI ALGUMA PROPRIEDADE

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo relacionar:

() ZONA URBANA () ZONA RURAL DIMENSÃO ÁREA (hec): _____

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE? () SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? _____

QUAL É O TIPO DE DOENÇA? (pulmonar, sanguínea, renal, Câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), neurológica, cardíaca, psicológica, outras): _____

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA QUE ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? () Sim () Não

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? _____

FAZ USO CONTINUO 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

ASSINALE E ESPECIFIQUE OS VALORES:

() ALUGUEL	R\$	_____
() CONDOMÍNIO	R\$	_____
() ÁGUA	R\$	_____
() LUZ	R\$	_____
() TELEFONE	R\$	_____

() FINANCIAMENTO DE CASA PRÓPRIA	R\$	_____
() IPTU	R\$	_____
() IPVA (Licenciamentos de Veículos)	R\$	_____
() GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR	R\$	_____
() COMBUSTÍVEL	R\$	_____
() PLANO DE SAÚDE	R\$	_____
() SEGUROS	R\$	_____
() OUTRAS DESPESAS COM SAÚDE	R\$	_____
() OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO	R\$	_____
() VIDA SOCIAL	R\$	_____
TOTAL DOS GASTOS	R\$	_____

*Apresentar XEROX AUTENTICADA dos Comprovantes de todas as informações prestadas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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.

Ibiraçu - ES, _____, de _____ de 20 ____.

Nome do Requerente

Assinatura do Requerente