

FICHA SOCIOECONÔMICA

DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA OU COM RASURAS PODERÃO DESCLASSIFICAR A SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO

1. DADOS SOBRE O CURSO ESCOLHIDO

Curso:

2. DADOS DO(A) ESTUDANTE

Nome completo (sem abreviar):

Idade:

Sexo: () F () M

Nacionalidade:

CPF:

RG/RNE:

Data de Nascimento: / /

Telefone: ()

Celular: ()

Celular: ()

E-mail:

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Aluno PcD*? () Sim () Não

Em caso positivo, qual?

Possui curso superior completo: () Sim () Não

É bolsista atualmente ou já recebeu bolsa: () Sim, bolsa de _____% () Não

Possui Cadastro Único? () Sim. Nº do NIS:

() Não

* Conforme especificações do Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999.

3. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

No caso de candidato maior de idade, se ele for o responsável, não é necessário o preenchimento dos dados do Responsável Legal.

Responsável Legal (nome completo, sem abreviar):

CPF:

RG:

Responsável: () Pai () Mãe () Guarda Judicial

Telefone: ()

Celular: ()

Celular: ()

E-mail:

4. DADOS DO GRUPO FAMILIAR, INCLUINDO O(A) ESTUDANTE

Grupo Familiar: Conjunto de pessoas residindo na mesma moradia, que contribuam para a renda familiar ou usufruam dela na condição de dependentes do responsável pelo grupo, perante a Receita Federal do Brasil, relacionadas pelos seguintes graus de parentesco (considerando a partir do candidato): Mãe, Madrasta, Pai, Padrasto, Cônjuge, companheiro(a), filho(a), enteado(a), irmão/irmã, avô/avó.

* **Valor da Renda Bruta Mensal:** Somatório do valor bruto de salários, proventos, pensões, aposentadorias, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do trabalho informal ou autônomo e rendimentos auferidos do patrimônio (aluguel ou arrendamento de imóveis), de todos os membros do grupo familiar, incluído o candidato.

Nome	Idade	Parentesco	Estado Civil	*Valor da Renda Bruta Mensal
1.		Candidato(a)		R\$
2.				R\$
3.				R\$
4.				R\$
5.				R\$
6.				R\$
7.				R\$
8.				R\$

4.1 OUTRAS FONTES DE RENDA

Valor recebido de pensão alimentícia	R\$
Valor recebido de imóvel alugado ou arrendado	R\$
Valor recebido de Benefício de Prestação Continuada - BPC	R\$
Valor recebido de ajuda de financeira: () Familiar () Outro	De quem recebe?
TOTAL RENDA FAMILIAR BRUTA	R\$

4.2 DOENÇA CRÔNICA

No grupo familiar, há pessoas com doença crônica?	() Sim () Não
Tipo de doença:	Grau de parentesco:

4.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PcD (Conforme especificações do Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999)

Existe no grupo familiar PcD?	() Sim () Não
Tipo de deficiência:	Grau de parentesco:

4.4. MORADIA

O imóvel em que o(a) estudante reside localiza-se em área: () urbana () de vulnerabilidade e risco () rural
A moradia do grupo familiar é: () Própria () Cedida () Alugada () Financiada () Outro (especificar):

4.5. PROGRAMA DO GOVERNO

O grupo familiar participa de algum programa do governo? () Sim. Qual? () Não

5. RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS DO GRUPO FAMILIAR

Gentileza preencher o valor dos bens de acordo com o valor médio do mercado.

IMÓVEIS PRÓPRIOS				INVESTIMENTOS FINANCEIROS	
Descrição	Quantidade	Financiamento (valor da parcela)	Valor do Bem	Descrição	Valor
Casa/Apartamento		R\$	R\$	Aplicação / Fundos	R\$
Sítio/Chácara		R\$	R\$	Poupança	R\$
Terreno		R\$	R\$	Dinheiro em Caixa	R\$
VALOR TOTAL			R\$	VALOR TOTAL	R\$

AUTOMÓVEL, MOTOCICLETA, CAMINHÃO OU OUTRO VEÍCULO

Marca	Modelo	Ano de Fabricação	Financiamento (valor da parcela)	Valor do Bem
1.			R\$	R\$
2.			R\$	R\$
3.			R\$	R\$
VALOR TOTAL				R\$

6. DESPESAS REGULARES MENSAIS

6.1 MORADIA	Valor Mensal
Aluguel ou financiamento do imóvel	R\$
IPTU (informar o valor da mensalidade)	R\$
Condomínio	R\$
Água + Energia elétrica + gás	R\$
Telefone fixo de todos integrantes (somente se a conta estiver em nome de alguém do Grupo Familiar)	R\$
Telefone celular de todos integrantes (somente se a conta estiver em nome de alguém do Grupo Familiar)	R\$
Outro serviço (especificar):	R\$
TOTAL DESPESAS COM MORADIA	R\$

6.2 ALIMENTAÇÃO	Valor Mensal
Alimentação mensal geral	R\$

6.3 SAÚDE	Valor Mensal
Convênio Médico/Plano de Saúde de todos os integrantes (anotar somente se não for descontado no holerite)	R\$
Farmácia (anotar somente se não for descontado no holerite)	R\$
Outro serviço (especificar)	R\$
TOTAL DESPESAS COM SAÚDE	R\$

6.4 EDUCAÇÃO			
Discriminação dos gastos mensais	Quem? (Nome completo)	Onde? (Instituição)	Valor Mensal
Mensalidade escolar (Ed. Infantil, Ens. Fundamental e Médio)			R\$
Mensalidade ensino superior			R\$
Mensalidade ensino técnico			R\$
Cursos de línguas (inglês e outras)			R\$
Despesas gerais (material didático, moradia/internato, lanche, etc.)			R\$
TOTAL DESPESAS COM EDUCAÇÃO			R\$

6.5 AUTOMÓVEL	Valor Anual
IPVA (informar o valor anual)	R\$
Seguro do Carro (informar o valor anual)	R\$
TOTAL DESPESAS COM AUTOMÓVEL	R\$

6.6 FINANCIAMENTO OU EMPRÉSTIMO	Valor Mensal
Financiamentos bancários ou empréstimos	R\$
Outros (especificar)	R\$
TOTAL DESPESAS COM FINANCIAMENTO OU EMPRESTIMO	R\$

TOTAL DESPESAS REGULARES MENSAIS (soma das despesas de moradia, alimentação, saúde, educação, automóvel e financiamento ou empréstimo)	R\$
---	------------

7. OBSERVAÇÕES

- Sempre que possível, as declarações deverão ser escritas em apenas um documento, que informe todas as circunstâncias. É necessário reconhecimento de firma do declarante, em cartório;
- As informações prestadas nesta ficha poderão ser cruzadas pela Receita Federal do Brasil;

8. DECLARAÇÃO

Eu, (nome completo do responsável) _____, declaro, para os devidos fins, sob as penas da lei (Artigo 299 do Código Penal Brasileiro) a veracidade e autenticidade dos documentos anexados e das informações prestadas nesta ficha socioeconômica. Além disso, estou ciente que omitir ou declarar informações falsas é crime, com pena de reclusão de 1 a 5 anos e multa, se o documento for público; e reclusão de 1 a 3 anos, se o documento for particular.

Ao assinar esta declaração, eu concordo de que a qualquer tempo poderá ser verificado a veracidade das informações prestadas, por um(a) assistente social mediante visita domiciliar e/ou entrevista, a fim de confirmar minha condição socioeconômica apresentada e, com isto, avaliar a continuidade/permanência e concessão da bolsa. Estou ciente dos motivos que podem causar o cancelamento da Bolsa de Estudos e que não haverá revisão neste processo, após divulgação do resultado. Declaro, ainda, ter ciência de que a documentação fornecida à Instituição não será devolvida, mesmo no caso de indeferimento do pedido.

_____, _____ de _____ de 20__.
(Local e data)

Assinatura do solicitante (responsável)
(A assinatura deve ser igual à que consta no RG ou CNH)