

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS ASSISTENCIAL

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

I - SERVIÇOS SOLICITADOS

Marque a bolsa almejada

BOLSA DE ESTUDOS CEBAS 50%

BOLSA DE ESTUDOS CEBAS 100%

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

A) DO SOLICITANTE (ALUNO/A)

ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO | <input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO |
| <input type="checkbox"/> TRABALHO AUTÔNOMO | <input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL |
| <input type="checkbox"/> TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA | <input type="checkbox"/> RECEBE SEGURO DESEMPREGO |
| <input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU | <input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO |
| <input type="checkbox"/> PENSIONISTA | <input type="checkbox"/> AFASTADO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS | <input style="width: 770px; height: 15px;" type="text"/> |

QUAL A SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> É ARRIMO DE FAMÍLIA (Principal responsável) | <input type="radio"/> CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR |
| <input type="radio"/> É DEPENDENTE | <input type="radio"/> 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
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 170px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 70px; height: 15px;" type="text"/>

Total da Renda Familiar em Reais:

RENDA AGREGADA

<i>RENDAS</i>	<i>VALOR R\$</i>
<input type="checkbox"/> PENSÃO ALIMENTÍCIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> AJUDA DE FAMILIARES	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> RECEBE ALUGUEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI RENDA AGREGADA	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Total da Renda Familiar Agregada	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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

<u>INSTITUIÇÃO</u>	<u>MEMBRO FAMILIAR</u>	<u>VALOR</u>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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 MENSAS:

<i>RUBRICAS</i>	<i>VALOR R\$</i>
<input type="checkbox"/> ALUGUÉIS E CONDOMÍNIO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> TAXAS PÚBLICAS (Água, Luz, Telefone)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IPTU	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IPVA (Licenciamento de Veículos)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> FINANCIAMENTO DA CASA PRÓPRIA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> COMBUSTÍVEL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SEGUROS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> OUTRAS DESPESAS COM SAÚDE	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VIDA SOCIAL	<input type="text"/>
Total dos Gastos:	<input type="text"/>

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