

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Processo nº.:	Etapa em 2021:	Série em 2021:

1 - DADOS DO(A) ALUNO(A)

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Cor/Raça: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

RG: _____ Data RG: ____/____/____ Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ NIS: _____

Matrícula Cert. de Nascimento: _____ Data Certidão: ____/____/____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

Aluno desta Escola: () Sim Não () Desde que ano: _____

Foi bolsista nos anos anteriores? () Sim Não () Possui Irmãos no Colégio? () Sim Não ()

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

2 – DADOS DO RESPONSÁVEL (REQUERENTE)

Nome: _____ Parentesco: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ Cor/Raça: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

RG: _____ Data RG: ____/____/____ Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ NIS: _____

Endereço Residencial : _____ nº: ____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____ Tel. Recados: _____

Caso não seja mãe ou pai, possui a guarda da criança? () Sim Não ()



3 – COMPOSIÇÃO / RENDA FAMILIAR:

Nome Completo	Idade	Estado civil	Grau de parentesco	Escolaridade	Situação ocupacional	Renda Bruta
1.						
2.						
3.						
4.						
4.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Pais residem juntos? () Sim () Não:
 Situação: () Separados () Outros? _____
 Recebe pensão alimentícia? () Não () Sim Valor: _____
 Paga pensão alimentícia? () Não () Sim Valor: _____
 Alguém recebe benefício de Programas de Transferência de Renda ou Auxílio Emergencial/ Assistência Social: () Não () Sim Qual: _____ Valor R\$: _____

Para uso do Serviço Social:

Número de Membros da Família:	Renda Familiar Bruta:	Renda Per Capita:
	R\$	R\$



4 – CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Alguém do grupo familiar possui problemas de saúde graves e/ou algum tipo de deficiência?
Em caso afirmativo, favor especificar tipo de doença, CID – Código Internacional de doenças e medicamentos contínuos utilizados:

Nome	Tipo de doença	Medicamentos

Há algum integrante do grupo familiar que utiliza substâncias psicoativas:

() Não () Sim Quem? _____

Qual? _____

5 – CONDIÇÕES DE MORADIA:

() Casa () Casa/Fundos () Apartamento () Sobrado () Pensão/Moradia Coletiva

() Alugado () Próprio Financiado () Próprio Quitado () Cedido

Se cedido, por quem? _____

6 – BENS:

() Imóveis. Quais? _____

Estes bens geram renda? () Não () Sim. Valor mensal: _____

() Veículos. Quais? _____

Estes bens geram renda? () Não () Sim. Valor mensal: _____

Transporte utilizado pelo candidato:

() Ônibus urbano () Ônibus intermunicipal () Van () Carro () Moto

() Carona () bicicleta () a pé



7-DESPESAS:

Aluguel R\$	Mensalidade Ortodôntica R\$:
Condomínio R\$	Gás R\$:
Água R\$	Prestações eletrodomésticos R\$:
Energia R\$	Prestações vestuário R\$:
Alimentação R\$	Empregada Mensalista R\$:
Plano de Saúde R\$	Empréstimos/Financiamentos R\$:
Medicamentos R\$	Financiamento Imóvel R\$:
Transporte R\$	Financiamento automóvel R\$:
Mensalidade Escolar R\$	INSS R\$:
Cursos (Inglês, outros) R\$:	Imposto de renda R\$:
Telefone celular: R\$	Mensalidade Clube / Academia R\$:
Telefone fixo: R\$	IPTU R\$:
Internet R\$:	Seguros R\$:
TV por assinatura R\$:	Pagamento de Pensão R\$:
Fatura de crédito R\$	Outros R\$:

TOTAL DAS DESPESAS FAMILIARES R\$

8-JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO/BENEFÍCIO:



Declaro, sujeito às penalidades previstas no artigo 299 do Decreto-Lei nº 2.848 (Código Penal), serem verdadeiros os dados prestados neste formulário e os documentos que foram anexados, sendo assim assumo total e irrestrita responsabilidade por eles. Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do benefício.

Estou ciente de que a entrega da documentação e o preenchimento desta ficha socioeconômica não garantirá a concessão de bolsa de estudo ou benefícios.

Curitiba, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Requerente

Protocolo de recebimento

Processo _____/2021

Documentação entregue conforme Regulamento para concessão de bolsa de estudo/benefício para 2020.

Local e Data: _____

Recebido por: _____

CARIMBO DA UNIDADE DE ENSINO

