

FICHA SOCIOECONÔMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA

Ano: _____

1. Dados Preliminares e Identificação**Aluno:** _____

Data de Nascimento: _____

Série: _____

Escola em que estudava: _____

Valor da mensalidade: _____ (anexar comprovantes)

Responsável Financeiro:

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefones: Residencial: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo

Sexo: () Masculino () Feminino

| | Em área urbanizada | Em área de vulnerabilidade e risco | Em área rural |
|--|--|---|---|
| Moradia do(a) Candidato(a) (Marque com um X) | <input type="checkbox"/> Moradia própria <input type="checkbox"/> Financiamento comum <input type="checkbox"/> Financiamento moradia popular <input type="checkbox"/> Moradia Alugada <input type="checkbox"/> Moradia Cedida <input type="checkbox"/> Cômodo Cedido <input type="checkbox"/> Moradia cedida governamental | <input type="checkbox"/> Moradia própria <input type="checkbox"/> Moradia Alugada <input type="checkbox"/> Moradia Cedida <input type="checkbox"/> Cômodo Cedido | <input type="checkbox"/> Moradia própria <input type="checkbox"/> Moradia Alugada <input type="checkbox"/> Moradia Cedida <input type="checkbox"/> Cômodo Cedido |

2. Filiação – Mãe

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____

Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço? () Sim () Não

3. Filiação – Pai

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____

Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço? () Sim () Não

4. Representante legal (na falta dos pais) OBS. Preencher somente em caso de guarda judicial, tutela, ou comprovante de órgãos afins

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____

Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço? () Sim () Não

5. Bens do Grupo Familiar (Imóveis, Automóveis e outros)

| Nº | Descrição dos Bens | Valor dos Bens | Valor da parcela do financiamento (se for o caso) |
|----|--------------------|----------------|---|
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |

6. Outros tipos de renda

| Nº | Descrição | Valor R\$ | Parentesco | A ser preenchido- BEN | CNEC |
|----|--------------------------------------|-----------|------------|-----------------------|------|
| 01 | Recebe aluguel de imóveis ou outros? | | | | |
| 02 | Recebe ajuda de terceiros? | | | | |
| 03 | Outros: | | | | |

7. Membros da família que recebem benefícios

| Nº | Descrição | Valor R\$ | Parentesco | A ser preenchido- BEN | CNEC |
|----|---|-----------|------------|-----------------------|------|
| 01 | Benefício de Prestação Continuada – BPC | | | | |
| 02 | Pensão Alimentícia | | | | |
| 03 | Pensão | | | | |
| 04 | Aposentadoria | | | | |
| 05 | Auxílio Doença | | | | |
| 06 | Bolsa Família/PET/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal | | | | |
| 07 | Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual) | | | | |

8. Membros da família que estudam

| Nº | Nome Completo | Instituição | Valor da Mensalidade R\$ | Período/Semestre/Turno/Série |
|----|---------------|-------------|--------------------------|------------------------------|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |

9. Outro membro do grupo familiar está concorrendo à bolsa de estudo na Unidade Educacional CNEC?

() Não () Sim: 1. _____ Período/Série: _____

10. Grupo Familiar (Informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o(a) candidato(a))

| Nº | Nome Completo | Parentesco | Data de Nascimento | Profissão | Idade | Renda Valor R\$ | A ser preenchido- BEN |
|----|---------------|------------|--------------------|-----------|-------|-----------------|-----------------------|
| 1 | | | / / | | | | |
| 2 | | | / / | | | | |
| 3 | | | / / | | | | |
| 4 | | | / / | | | | |
| 5 | | | / / | | | | |
| 6 | | | / / | | | | |
| 7 | | | / / | | | | |
| 8 | | | / / | | | | |
| 9 | | | / / | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|-----|---|--|--------------------|--|--|
| 10 | | | / / | | | | | |
| 11 | | | / / | | | | | |
| 12 | | | / / | | | | | |
| VALOR DA RENDA FAMILIAR MENSAL BRUTA | | | | | | | | |
| VALOR DA RENDA PER CAPITA MENSAL | | | | | | | | |
| 11. Pessoas com Deficiência e Doença Crônica | | | | | | | | |
| O(a) Candidato(a) possui deficiência? (Decreto 3298/1999) | | () Não () Sim | | Em caso afirmativo, está apto a exercer atividade laboral/trabalho? | | () Não () Sim | | |
| Assinale em caso positivo: () Deficiência Física () Deficiência Mental () Deficiência Auditiva () Deficiência Visual () Deficiência Múltipla | | | | | | | | |
| Alguns dos membros do grupo familiar possuem doença crônica ou deficiência? (Somente as que impossibilitem para o trabalho ou que o tratamento gere custos não cobertos pelo SUS) | | | | | | | | |
| () Não () Sim: Qual Doença/Deficiência? _____ Custo Mensal: R\$ _____ | | | | | | | | |
| 12. Tem gastos com transporte? (somente gastos com Vans e Vale transporte) | | | | () Não () Sim – Custo Mensal: R\$ _____ | | | | |
| 13. Motivos pelos quais solicita a bolsa | | | | | | | | |
| () Financeiros | | | | | | | | |
| () Qualidade do Ensino | | | | | | | | |
| () Localização da Unidade | | | | | | | | |
| () Perfil Socioeconômico | | | | | | | | |
| () Todos os tópicos acima | | | | | | | | |
| () Outro: _____ | | | | | | | | |
| Observações do responsável: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 2. _____ | | | | Período/Série: _____ | | | | |
| 3. _____ | | | | Período/Série: _____ | | | | |

Declaro sob as penas da lei, que li o edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo que concordo e estou ciente das informações prestadas nesta ficha de inscrição, bem como é de minha inteira responsabilidade o acompanhamento dos prazos e procedimentos.

Por ser verdade firmo o presente.

_____, ____/____/201____
Local e Data

Assinatura do Responsável