

BOLSA DE ESTUDO CEBAS 2025
FICHA SOCIOECONÔMICA

1. DADOS GERAIS DO(A) ALUNO(A)

Nome completo do(a) aluno(a): _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF _____

Auto declaração de cor/ raça: () Amarelo () Branco(a) () Indígena () Pardo(a) () Preto(a)

Endereço residencial: _____

Nº: _____ Bairro: _____

Edifício (nome): _____ Ap de nº: _____

Município: _____ Estado: _____

Ponto de Referência (ex: mercado, loja, escola, igreja): _____

2. **RESPONSÁVEL I - DADOS DO PAI, MÃE E/OU RESPONSÁVEL (que residem juntos)**

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Grau de Parentesco: () PAI () MÃE () OUTROS: _____

Escolaridade: _____

Ocupação atual: _____

Possuí vínculo empregatício atualmente? () NÃO () SIM, qual empresa? _____

Renda mensal bruta (R\$): _____ Renda mensal líquida (R\$): _____

Outra fonte de renda (R\$) _____ referente à _____

3. **RESPONSÁVEL II - DADOS DO PAI, MÃE E/OU RESPONSÁVEL (que residem juntos)**

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Grau de Parentesco: () PAI () MÃE () OUTROS: _____

Escolaridade: _____

Ocupação atual: _____

Possuí vínculo empregatício atualmente? () NÃO () SIM, qual empresa? _____

Renda mensal bruta (R\$): _____ Renda mensal líquida (R\$): _____

Outra fonte de renda (R\$) _____ referente à _____

- O aluno (a) está em situação de **Guarda Compartilhada**? () Não

() Sim, grau de parentesco: _____

Nome completo do(a) outro(a) responsável pela guarda: _____

- O aluno (a) possui outros irmãos na nossa escola? () NÃO

() SIM, qual nome? _____ Ano/série: _____

- O (a) aluno (a) possui algum **problema de saúde**? () Não () Sim, qual problema de Saúde?
 () deficiência física () transtorno mental e/ou deficiência intelectual
 () doenças crônicas () Outras, qual?: _____

4. DEMAIS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR QUE RESIDEM NA MESMA CASA.

Nome Completo	Grau de parentesco	Ocupação (Qual função, nome da empresa ou local de trabalho)	Escolaridade (ano/série e nome da escola atual, caso esteja frequentando)	Renda Bruta

5. DADOS SOCIOECONÔMICOS DO GRUPO FAMILIAR

5.1 RECEBIMENTO DE OUTRA FONTE DE RENDA

- () Aluguel – R\$ _____ () Pensão Alimentícia – R\$ _____
 () Outras (Especificar) _____ R\$ _____.

5.2 PROGRAMAS SOCIAIS

A família possui cadastramento no Cadastro Único do Governo Federal- CadÚnico? () Não() Sim

- () Programa Bolsa Família- PBF , valor mensal de R\$ _____.
 () Benefício de Prestação Continuada- BPC, valor mensal de R\$ _____.
 () Outros, qual? (especificar) _____ R\$ _____.

5.3 SITUAÇÃO DE MORADIA

- () Moradia Própria () Moradia Alugada () Moradia Cedida

Caso a residência seja própria, ela está: () quitada () financiada

Se financiada, valor mensal pago nas **prestações** (R\$) _____

Se alugada, qual o **valor do aluguel** (R\$) _____

Se houver condomínio, incluir aqui o valor pago mensalmente (R\$) _____.

6. RELACIONE ABAIXO AS DESPESAS:

Luz R\$: _____ Água R\$: _____ Condomínio R\$: _____

Telefone/TV/ Internet R\$: _____ Alimentação e Higiene R\$: _____

Farmácia R\$: _____ Transporte R\$: _____

Outros (Especificar) R\$: _____ Identificação da despesa: _____
 Outros (Especificar) R\$: _____ Identificação da despesa: _____
 Outros (Especificar) R\$: _____ Identificação da despesa: _____

7. INFORMAÇÕES - QUESTÕES DE SAÚDE DOS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR:
Apresentar Laudo Médico e do acompanhamento (Psicológico, Psicopedagogo e outros).

- Portador de alguma deficiência: () Não () Sim, quem (nome)? _____
- Portador de Transtornos mentais e/ou comportamentais: () Não () Sim, quem? _____
- Despesas com doenças no grupo familiar: () Não
 () Sim, descreva qual membro da família, a doença e a medicação utilizada:

8. OUTRAS INFORMAÇÕES

8.1 RELACIONA OS VEÍCULOS QUE A FAMÍLIA POSSUI E/OU UTILIZA DIARIAMENTE

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	MOTO
<i>Tipo/modelo:</i>	<i>Tipo/modelo:</i>	<i>Tipo/modelo:</i>
() quitado () financiamento/consórcio, prestação mensal: R\$	() quitado () financiamento/consórcio, prestação mensal: R\$	() quitado () financiamento/consórcio, prestação mensal: R\$

8.2 RELACIONAR OUTROS BENS QUE A FAMÍLIA POSSUI (CASO HOVER)

Nome do proprietário/ Tipo/ Localização: _____

Declaração: Este pedido somente será analisado com o seu preenchimento total e a apresentação dos documentos exigidos conforme edital. Declaro, para os devidos fins, fiscais e administrativos que as informações familiares prestadas, constantes nesta ficha socioeconômica são verdadeiras e estou ciente que omitir ou dar declaração falsa é crime e serão sujeitas ao enquadramento de falsidade ideológica conforme artigo 299 do Código Penal. Estou ciente que poderá ser realizada visita domiciliar por Assistente Social credenciado (a) pelo Instituto Divina Providência e que a instituição poderá cancelar os benefícios, a qualquer tempo.

Capão da Canoa, _____ de _____ de 20__.

Responsável Requerente

Parecer da Escola
Deferido: () Indeferido: ()

Assistente Social

Assistente Social