



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Processo nº.:	Etapa em 2022:	Série em 2022:

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?

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.						

Para uso do Serviço Social:

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

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\$: _____

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 Financiada () 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\$	

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.

Declaro ter ciência e concordar, expressamente, que todos os meus dados pessoais e dados sensíveis, os do aluno e os de terceiros, componentes do grupo familiar declarado, fornecidos durante o processo seletivo de bolsa de estudo, são requisitos essenciais e de uso exclusivo para a participação no Programa de Bolsa de Estudo para o ano letivo de 2022, e são exigidos para a correta análise do perfil socioeconômico e dos critérios estabelecidos na legislação vigente.

Autorizo expressamente à assistente social e representante da ASSEIJ a coleta, armazenamento, processamento e tratamento dos dados pessoais e dados sensíveis declarados e informados, nos termos da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e com confidencialidade, limitando o compartilhamento de dados exclusivamente nos casos em que a ASSEIJ e/ou a assistente social necessitar para o cumprimento das determinações legais, de órgãos oficiais ou que impliquem na manutenção da segurança do aluno e/ou de seu grupo familiar, na forma da legislação vigente.

Curitiba, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Requerente



Protocolo de recebimento

Processo _____/2022

Documentação entregue conforme Regulamento para concessão de bolsa de estudo/benefício para 2022.

Local e Data:

Curitiba, _____ de _____ 2021.

Recebido por: _____

CARIMBO DA UNIDADE DE ENSINO