

**FICHA SÓCIOECONÔMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA
EDUCAÇÃO BÁSICA/ TÉCNICA/ EJA**
Processo: () Renovação
() Novatos

1. Dados Preliminares
Unidade: Colégio Cenecista de Bento Gonçalves CNPJ: 33.621.384/0725-35

Número do Processo de Concessão de Bolsa de Estudo (Preenchido pela Unidade): _____

Educação: () Infantil () Fundamental () Médio () Técnica () EJA - Ano: **2016** Série: _____

2. Identificação do(a) Candidato(a)

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

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

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

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

Sexo: () Masculino () Feminino

Autodeclaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela

Responsável em assinar o contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Moradia do(a) Candidato(a) (Marque com um X)	Em área urbanizada	Em área de vulnerabilidade e risco	Em área rural
	<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

O(a) candidato(a) já é bolsista ou possui desconto comercial na CNEC?

() NÃO () SIM- qual tipo de bolsa/desconto _____ - _____ %

O(a) candidato(a) possui bolsa de estudo ou desconto comercial em outra instituição?

() NÃO () SIM- qual tipo de bolsa/desconto _____ - _____ %

3. Cônjuge do(a) Candidato(a)

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

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

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

Autodeclaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela

Responsável em assinar o contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

4. Filiação – Mãe

Nome Completo: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

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

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

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

Sexo: () Masculino () Feminino
Autodeclaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

5. Filiação – Pai

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____
Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino
Autodeclaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável Financeiro do(a) candidato(a) na CNEC: () Sim () Não

6. 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: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino
Autodeclaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável Financeiro do(a) candidato(a) na CNEC: () Sim () Não

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

Nº	Descrição	Valor dos bens	Valor da parcela do financiamento (se for o caso)
01			
02			
03			
04			
05			
06			

8. 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				

9. 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 por Morte				
04	Aposentadoria				
05	Auxílio Doença				
06	Bolsa Família/PET/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal				
07	Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual)				

10. Membros da família que estudam				
Nº	Nome Completo	Instituição	Valor da Mensalidade R\$	Período/Semestre/Turno/Série
01				
02				
03				
04				
05				
06				

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

() Não () Sim: 1. _____ (SERIE/ ANO) _____

2. _____ (SERIE/ ANO) _____

3. _____ (SERIE/ ANO) _____

12. Grupo Familiar <small>(Informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o candidato)</small>							
Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão	Idade	Renda Valor R\$	CNEC
01		CANDIDATO(A)	__/__/__				
02			__/__/__				
03			__/__/__				
04			__/__/__				
05			__/__/__				
06			__/__/__				
07			__/__/__				
08			__/__/__				
09			__/__/__				
10			__/__/__				
11			__/__/__				
12			__/__/__				
VALOR DA RENDA FAMILIAR MENSAL BRUTA						R\$	
VALOR DA RENDA PER CAPITA MENSAL						R\$	

A ser preenchido-BEN

13. 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\$ _____			

14. Motivos pelos quais solicita a bolsa
() Financeiros

<input type="checkbox"/> Qualidade do Ensino
<input type="checkbox"/> Localização da Unidade
<input type="checkbox"/> Perfil Socioeconômico conforme o Edital
<input type="checkbox"/> Todos os tópicos acima
Observações do responsável:

Declaro sob as penas da lei, que li o edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo da CNEC 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