

**CAMPANHA NACIONAL DE ESCOLAS DA COMUNIDADE****FICHA SOCIOECONÔMICA****EDUCAÇÃO BÁSICA: EDUCAÇÃO INFANTIL, ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO****SOLICITAÇÃO DE BOLSA**

1. DADOS PRELIMINARES (PREENCHIMENTO DA UNIDADE)																	
UNIDADE	COLÉGIO CENECISTA SÃO ROQUE								CNPJ: 33.621.384		0725		-35				
NÚMERO DO PROCESSO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO																	
PERÍODO/ANO/SERIE						CURSO/TURMA											
2. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO																	
NOME COMPLETO																	
LOGRADOURO/END.						Nº				COMPLEMENTO							
BAIRRO						MUNICÍPIO											
ESTADO/UF				CEP				TELEFONE									
DATA DE NASCIMENTO		DIA		MÊS		ANO		////		SEXO (MARQUE COM A LETRA X)							
								////		MASCULINO		FEMININO					
AUTODECLARAÇÃO DE COR/RAÇA		NEGRA		PARDA		BRANCA		INDÍGENA		OUTROS							
ESTADO CIVIL (MARQUE COM A LETRA X)		SOLTEIRO (A)		CASADO (A)		DIVORCIADO (A)		UNIÃO ESTÁVEL		OUTROS							
DOCUMENTOS		CPF				IDENTIDADE (RG)				ÓRGÃO		CARTEIRA TRABALHO					
2.1. MORADIA DO ALUNO (MARQUE COM A LETRA X)		EM ÁREA DE VULNERABILIDADE E RISCO				EM ÁREA URBANIZADA				EM ÁREA RURAL							
		PRÓPRIA				PRÓPRIA				PRÓPRIA							
		ALUGADA				FINANCIAMENTO COMUM				ALUGADA							
		CEDIDA				FINANCIAMENTO POPULAR				CEDIDA							
						ALUGADA											
		CÔMODO CEDIDO				CEDIDA				CÔMODO CEDIDO							
						CÔMODO CEDIDO											
CEDIDA GOVERNAMENTAL																	
2.1.1. CÔNJUGE																	
NOME COMPLETO																	
LOGRADOURO/END.						Nº				COMPLEMENTO							
BAIRRO						MUNICÍPIO											
ESTADO/UF				CEP				TELEFONE									
DATA DE NASCIMENTO		DIA		MÊS		ANO		/		ESTADO CIVIL							
								/		SOLTEIRO (A)		CASADO (A)		DIVORCIADO (A)		UNIÃO ESTÁVEL	
DOCUMENTOS		CPF				IDENTIDADE (RG)				ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO					
2.2. POSSUI BOLSA DE ESTUDO?																	
MARQUE COM A LETRA X.		NÃO		SIM		TIPO: _____											
						VALOR OU PERCENTUAL R\$ _____ ou _____ %											

3. FILIAÇÃO – PAI										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO/END.					Nº			COMPLEMENTO		
BAIRRO					MUNICÍPIO					
ESTADO/UF				CEP			TELEFONE			
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	/	ESTADO CIVIL				
					/	SOLTEIRO	CASADO	DIVORCIADO	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS
DOCUMENTOS		CPF			IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO	

4. FILIAÇÃO – MÃE										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO/END.					Nº			COMPLEMENTO		
BAIRRO					MUNICÍPIO					
ESTADO/UF				CEP			TELEFONE			
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	/	ESTADO CIVIL				
					/	SOLTEIRO (A)	CASADO (A)	DIVORCIADO (A)	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS
DOCUMENTOS		CPF			IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO	

5. REPRESENTANTE LEGAL NA FALTA DOS PAIS (OBS: PREENCHER, SOMENTE EM CASO DE GUARDA JUDICIAL, TUTELA, OU COMPROVANTE DE ORGÃOS AFINS)											
NOME COMPLETO											
LOGRADOURO/END.					Nº			COMPLEMENTO			
BAIRRO					MUNICÍPIO						
ESTADO/UF				CEP			TELEFONE				
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	//	ESTADO CIVIL					
					//	SOLTEIRO (A)	CASADO (A)	DIVORCIADO (A)	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS	
DOCUMENTOS		CPF			IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO		
5.1. MORADIA DO REPRESENTANTE LEGAL (MARQUE COM A LETRA X)		EM ÁREA DE VULNERABILIDADE E RISCO			EM ÁREA URBANIZADA			EM ÁREA RURAL			
		PRÓPRIA				PRÓPRIA				PRÓPRIA	
		ALUGADA				FINANCIAMENTO COMUM				ALUGADA	
		CEDIDA				FINANCIAMENTO POPULAR				CEDIDA	
						ALUGADA					
		CÔMODOS CEDIDOS				CEDIDA				CÔMODOS CEDIDOS	
						CÔMODOS CEDIDOS					
CEDIDA GOVERNAMENTAL											

6. BENS DO GRUPO FAMILIAR	
DESCRIÇÃO	VALOR R\$

7. MEMBROS DA FAMÍLIA QUE RECEBEM BENEFÍCIO(S)			PARENTESCO
	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC	R\$	
	PENSÃO ALIMENTÍCIA	R\$	
	PENSÃO	R\$	
	APOSENTADORIA	R\$	
	AUXÍLIO DOENÇA	R\$	
	BOLSA FAMÍLIA/PET/PROJOVEM E OUTROS BENEFÍCIOS DO GOVERNO FEDERAL	R\$	
	BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (MUNICIPAL/ESTADUAL)	R\$	

8. OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA QUE ESTUDAM		
NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO	MENSALIDADE

9. GRUPO FAMILIAR					
NOME	GRAU DE PARENTESCO	NASCIMENTO DD/MM/AAAA	GRAU DE ESCOLARIDADE	PROFISSÃO FUNÇÃO	RENDA BRUTA
TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR		R\$			

10. O CANDIDATO POSSUI DEFICIÊNCIA?				SIM		NÃO	
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEFICIÊNCIA VISUAL	DEFICIÊNCIA AUDITIVA	DEFICIÊNCIA MULTIPLA			
EM CASO AFIRMATIVO, ESTÁ APTO A EXERCER ATIVIDADE LABORAL/ TRABALHO?							
SIM		NÃO					

11. OUTRO(S) MEMBRO(S) DO GRUPO FAMILIAR POSSUI (EM) DEFICIÊNCIA?				SIM		NÃO	
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEFICIÊNCIA VISUAL	DEFICIÊNCIA AUDITIVA	DEFICIÊNCIA MULTIPLA			
EM CASO AFIRMATIVO, ESTÁ APTO A EXERCER ATIVIDADE LABORAL/ TRABALHO?							
SIM		NÃO					

12. O CANDIDATO POSSUI DOENÇA CRONICA?			
SIM		NÃO	
QUAL A DOENÇA?			
CUSTO MENSAL		R\$	

13. OUTROS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR POSSUEM DOENÇA CRÔNICA? (SOMENTE AS QUE IMPOSSIBILITEM PARA O TRABALHO OU QUE O TRATAMENTO GERE CUSTOS NÃO COBERTOS PELO SUS).			
SIM		NÃO	
QUAL A DOENÇA?			
CUSTO MENSAL		R\$	

14. MOTIVOS PELOS QUAIS SOLICITA A BOLSA

DECLARO SOB AS PENAS DA LEI A EXATIDÃO DOS DADOS INFORMADOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA