



Nº PROTOCOLO:

FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTUDO 2024

I) IDENTIFICAÇÃO DO (A) CANDIDATO (A)

Nome do (a) candidato: _____

Ano/Série em 2024: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Data de nascimento: ___/___/___ Cidade de Nascimento: _____ UF: _____

Carteira de Identidade: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____

Grupo familiar inscrito no CADÚNICO: () sim () não. Nº: _____

Beneficiário de Programa do Governo? () sim () não. Qual? _____

II) IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

Nome da mãe/responsável do (a) candidato (a): _____

Endereço: _____ Telefone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CPF: _____ Data de Nasc: ___/___/___

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Telefone comercial: _____ Remuneração Bruta R\$ _____

Outra (s) Renda (s): _____ R\$ _____

Nome do pai/responsável do (a) candidato (a): _____

Endereço: _____ Telefone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CPF: _____ Data de Nasc: ___/___/___

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Telefone comercial: _____ Remuneração Bruta R\$ _____

Outra (s) Renda (s): _____ R\$ _____

III) DESPESAS MENSAIS FIXAS

	Medicamentos:	R\$	Plano Funerário:	R\$
SAÚDE	Plano de Saúde:	R\$	Saúde Complementar:	R\$
	Plano Odontológico:	R\$	Outros gastos com saúde:	R\$
MORADIA	Financiamento:	R\$	Aluguel:	R\$
	Condomínio:	R\$	IPTU:	R\$
	Energia Elétrica:	R\$	Água:	R\$
COMUNICAÇÃO	Telefone fixo:	R\$	Celular:	R\$
	TV a cabo:	R\$	Internet:	R\$
ALIMENTAÇÃO		R\$		
EMPRÉSTIMOS		R\$		

IV) RELAÇÃO DE TODOS OS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR (que residem na mesma casa):

Nome incluindo o candidato(a)	Idade	Parentesco	Escolaridade	Profissão	Renda Bruta

RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$ _____

NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: _____

RENDA PER CAPITA (renda bruta dividida pelo número de dependentes): R\$ _____

POSSUÍA BOLSA DE ESTUDO NO ANO 2023? () SIM () NÃO

V) INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Residência: () Própria () Alugada () Outros: (qual?) _____

Valor do Aluguel / Prestação: R\$ _____ quanto tempo mora no local: _____

Quantas pessoas residem no local: _____

Possui veículo? () sim ou () não, (marca/ano/modelo): _____

Possui moto? () sim ou () não, (marca/ano/modelo): _____

Algum membro do grupo familiar tem doença crônica ou deficiência? () sim () não

Algum membro do grupo familiar necessita de medicação contínua? () sim () não

A família tem idosos que necessitem de cuidados? () sim () não

Este idoso recebe aposentadoria? () sim () não

Gasto mensal da família com medicação, médicos e terapêuticos: R\$ _____

Membros do grupo familiar que frequentam cursos livres (futebol, natação, balé, curso de idiomas, judô, outros):			
Nome	Curso	Onde	Valor Mensal
Despesa total mensal do grupo familiar com membros que frequentam cursos livres:			R\$

Motivo da Solicitação: _____

Observações ou outras informações: _____

Declaro sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Declaro conhecer o Regimento da Entidade e me comprometo a dar cumprimento a ele. Autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguação das informações prestadas, em conformidade com a Lei Complementar 187/2021.

Cidade, ____/____/____.

Assinatura do (a) requerente: _____

Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais

Declaro estar ciente de que o tratamento de meus dados pessoais é condição essencial para a participação no processo seletivo de concessão de Bolsa de Estudo e por este termo declaro estar ciente a respeito das regras dispostas no edital sobre tratamento de dados pessoais e dou o meu consentimento para a realização do tratamento para as finalidades informadas no Edital de Bolsas de estudos CEBAS [LEI N° 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018](#). “Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural”. O Instituto Auxiliadora se responsabiliza pela confiabilidade, sigilo e arquivamento do documento.