

Cadastro de Avaliação Socioeconômico.

PROCESSO Nº:

CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
PALMAS / TO

REF. AO PERÍODO
LETIVO: 2019

DATA DA RETIRADA DESTE FORMULÁRIO:	DATA DA DEVOLUÇÃO DESTE FORMULÁRIO:	DATA DO CADASTRAMENTO DA GRATUIDADE NO SISTEMA:	RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO NO SISTEMA:
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------

ORIENTAÇÕES:

- O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão de bolsa de estudo por parte do CESFA.
- Deverão ser apresentados os documentos relacionados de todos os membros do grupo familiar. Entende-se por grupo familiar todos que vivem sob o mesmo teto, independente de idade e/ou contribuição financeira.
- O percentual de gratuidade da Bolsa de Estudo a ser concedido tem validade apenas para o ano de 2019.
- Este formulário será analisado apenas mediante a apresentação de todos os documentos solicitados.
- O REQUERENTE DE BOLSA DE ESTUDOS é a pessoa legalmente responsável pelo aluno.

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome Completo do Aluno:		Nº RG:		Data de Nascimento	
Sexo: () Feminino () Masculino	Portador de Deficiência: () Não () Sim Qual:	O aluno reside: () no bairro onde o Colégio está localizado () fora do bairro onde o Colégio está localizado () em outra cidade			
Endereço:		Nº:		Bairro:	
Cidade:		CEP:		Estado:	Telefone:
Ponto de Referência:					
Celular:		Idade:		RG:	CPF:

2. INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO PARA QUAL ESTÁ SENDO SOLICITADO BOLSA DE ESTUDO

Nº de Matrícula:	Série Escolar em 2018	Bolsa de Estudo Recebida pelo CESFA em 2018, em %	Série a cursar ou cursando em 2019	Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo	Para uso do CESFA	
					Código do Aluno	Percentual de Gratuidade de Bolsa de Estudo Concedida em 2019
				(x) Novo () Renovação		

3. INFORMAÇÕES DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) LEGAL/FAMILIAR PELO ALUNO:

INFORMAÇÕES DA MÃE: CONTRATANTE¹: () SIM () NÃO

Nome: _____
 Situação da Mãe: () Presente () Falecida () Outros: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____
 Celular: _____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____
 Categoria de Ocupação: () Empregado Domestico () Estagiário Remunerado () Funcionário Público
 () Empregado com carteira assinada – CTPS () Estagiário Não Remunerado () Aposentado
 () Conta Própria () Desempregado () Pensionista
 () Empregador () Outro: Especificar _____

INFORMAÇÕES DO PAI: CONTRATANTE: () SIM () NÃO

Nome: _____
 Situação do Pai () Presente () Falecida () Outros: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____
 Celular: _____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____
 Categoria de Ocupação: () Empregado Domestico () Estagiário Remunerado () Funcionário Público
 () Empregado com carteira assinada – CTPS () Estagiário Não Remunerado () Aposentado
 () Conta Própria () Desempregado () Pensionista
 () Empregador () Outro: Especificar _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL: (Preencher somente quando este não for o pai e/ou a mãe) CONTRATANTE: () SIM () NÃO

Nome: _____
 Situação do Responsável () Presente () Falecida () Outros: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____
 Celular: _____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____
 Categoria de Ocupação: () Empregado Domestico () Estagiário Remunerado () Funcionário Público
 () Empregado com carteira assinada – CTPS () Estagiário Não Remunerado () Aposentado
 () Conta Própria () Desempregado () Pensionista
 () Empregador () Outro: Especificar _____

¹ Contratante – Responsável pela assinatura no Contrato Escolar.

4. QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (pessoas que moram na mesma residência):

Colocar primeiro o nome do (s) alunos (s). Neste quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram com o (s), inclusive crianças

Nome Completo	Escolaridade	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Salário Bruto (em R\$)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Soma de outras fontes de renda do GRUPO FAMILIAR (aluguéis, pensões, etc.)

TOTAL DE RENDA MENSAL BRUTA DO GRUPO FAMILIAR

RENDA PER CAPITA

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

No grupo familiar descrito há alguém que recebe algum tipo de benefício: () Não () Sim

Qual/nome do tipo /natureza do benefício: _____

Valor Recebido R\$ _____

6. IMÓVEL DE MORADIA

() Próprio () Financiada R\$ _____ Cedido por: _____	() Alugada – Valor/Mês R\$ _____ () Condomínio – Valor/Mês R\$ _____ () Compartilhado com outra família _____
Tipo de Imóvel: () Favela ou Cortiço ou Palafita () Casa de Alvenaria	O grupo familiar reside em imóvel: () Precário () Básico () Alto Padrão

7. VEÍCULOS

Marca/Modelo	Ano de Fabricação	Utilização
		() Comercial () Passeio
		() Comercial () Passeio

8. PESSOAS DO GRUPO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS PARTICULARES

Nome	Escola	Valor da Parcela (em R\$)
TOTAL		

9. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Há alguém na família que está em tratamento médico? () Sim () Não Faz uso de medicamento contínuo: () Sim () Não

Nome	Tipo de Doença	Despesa Mensal (em R\$)
TOTAL		

10. DOENÇAS CRÔNICAS (Ex: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas – epilepsia – cardíacas, outras, conforme Interministerial nº 2.998, de 23/08/01)

Há casos de doenças crônicas na família? () Sim () Não

Nome	Tipo de Doença	Despesa Mensal (em R\$)
TOTAL		

11. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (Ex: Física, mental, sensorial auditiva ou visual, múltipla – conforme Decreto 3.298/99)

Há pessoas com deficiência na família? () Sim () Não

Nome	Tipo de Deficiência	Despesa Mensal (em R\$)
TOTAL		

12. DESPESAS MENSAIS BÁSICAS:

DESPESAS	VALOR (em R\$)	DESPESAS	VALOR (em R\$)
AGUÁ/ESGOTO		IPTU	
ENERGIA ELÉTRICA		IMPOSTO DE RENDA	
TELEFONE (FIXO + CELULAR)		INSS	
ALIMENTAÇÃO		TRANSPORTE ESCOLAR	
ALUGUEL		INTERNET	
CONDOMÍNIO		EDUCAÇÃO	
PLANO DE SAÚDE		OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO	
OUTRAS DESPESAS		OUTRAS DESPESAS	
SUB-TOTAL		SUB-TOTAL	
		SOMA TOTAL	

Escreva abaixo o motivo de sua solicitação. Se necessário, utilize registro complementar.

Eu, _____, portador do RG nº _____, CPF nº _____, declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e por elas me responsabilizo, sendo assim, comprometo-me a apresentar todos os documentos comprobatórios solicitados, e/ou outros que a Unidade Educacional julgar necessário e estou ciente que sem os mesmos a inscrição no processo seletivo de bolsas de estudo não será efetivado. Registro ainda ciência da possibilidade do recebimento de visita técnica de representante institucional com vistas à complementaridade de dados. Estou ciente que a inveracidade das informações prestadas no formulário de avaliação socioeconômica, quando constatada, a qualquer tempo, implicará no cancelamento da bolsa de estudos por ventura concedida. Afirmando e estou ciente dos critérios do Processo de Bolsa de estudo ano 2019 e que a concessão da gratuidade é de acordo com a disponibilidade orçamentária do Colégio São Francisco de Assis. Autorizo que seja realizado a qualquer tempo visita domiciliar pelo Colégio São Francisco de Assis- Palmas/TO e me disponibilizo a prestar esclarecimento adicional.


Palmas/TO, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Responsável Legal

Parecer Social:

✂

PARA USO DO CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

	Recebemos nesta data o FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA E A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, requisitos essenciais para realização da análise socioeconômica do responsável legal, Sr./Sra.: _____	Protocolo n.º
		Período Letivo: 2019
Palmas-TO	Data: / /2018.	Ass.: Func.: