

Sociedade Educação e Caridade - SEC

Nome do estabelecimento: _____

Local: _____

FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS 2026

I. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome do estudante: _____

Nome Social: _____

Série/Ano: _____ Curso: _____ Turma: _____ Turno: _____ Gênero: _____

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

Certidão Nascimento: _____ CPF: _____ Endereço: _____

Bairro: _____

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

CadÚnico / N° NIS: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nome: _____ **Grau de parentesco:** _____

Endereço: _____ **Fone:** _____ **Celular:** _____

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

Estado civil: _____ **CTPS:** _____

CPF: _____ **Data de Nasc:** ____/____/____ **Profissão:** _____

Local de Trabalho: _____ **Fone comercial:** _____

Remuneração Bruta: _____ **Mês:** _____ **Outra Renda:** _____

Escolaridade: _____ **CadÚnico / N° NIS:** _____

Nome (conjugê): _____ **Grau de parentesco:** _____

Endereço: _____ **Fone:** _____ **Celular:** _____

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

Estado civil: _____ **CTPS:** _____

CPF: _____ **Data de Nasc:** ____/____/____ **Profissão:** _____

Local de Trabalho: _____ **Fone comercial:** _____

Remuneração Bruta: _____ **Mês:** _____ **Outra Renda:** _____

Escolaridade: _____ **CadÚnico / N° NIS:** _____

Nome do Responsável Financeiro / Contratante junto à instituição: _____

III. OUTROS CONTRIBUINTES DA RENDA FAMILIAR

Nome: _____ **Grau de parentesco:** _____

Endereço: _____ **Fone:** _____ **Celular:** _____

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

Estado civil: _____ **CTPS:** _____

CPF: _____ **Data de Nasc:** ____/____/____ **Profissão:** _____

Local de Trabalho: _____ **Fone comercial:** _____

Remuneração Bruta: _____ **Mês:** _____ **Outra Renda:** _____

Escolaridade: _____ **CadÚnico / N° NIS:** _____

Nome: _____ **Grau de parentesco:** _____

Endereço: _____ **Fone:** _____ **Celular:** _____

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

Estado civil: _____ **CTPS:** _____

CPF: _____ **Data de Nasc:** ____/____/____ **Profissão:** _____

Local de Trabalho: _____ **Fone comercial:** _____

Remuneração Bruta: _____ **Mês:** _____ **Outra Renda:** _____

Escolaridade: _____ **CadÚnico / N° NIS:** _____



IV. OUTROS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR

Nome	Data de Nascimento	Reside em casa	Escolaridade
		() Sim () Não	
		() Sim () Não	
		() Sim () Não	

V. CASOS ESPECIAIS

No grupo familiar há pessoa idosa (60+) ou com deficiência? Qual a deficiência e necessidades? _____

Necessita de medicação de uso contínuo? Qual? _____

Valor médio mensal gasto? _____

Com relação ao idoso: Informe se está aposentado, institucionalizado, se tem curatela? Necessita de cuidadores? _____

VI. DADOS ECONÔMICOS

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): _____

RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$ _____

NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: _____

RENDA PER CAPITA (renda bruta **dividida** pelo número de pessoas do grupo familiar): **R\$** _____

POSSUI BOLSA DE ESTUDO? () SIM a partir do ano de _____ () NÃO

VII. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAM NECESSÁRIAS:

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 ao mesmo. 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.

_____, ____/____/____ Assinatura do requerente: _____

VIII. PARECER DO ESTABELECIMENTO:

SITUAÇÃO: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Valor percentual da Bolsa de Estudo concedida: _____ %

PARECER FINAL DA COMISSÃO: _____

Data e local _____, ____/____/____

DIRETOR(A) DO ESTABELECIMENTO REPRESENTANTE DOS PAIS ASSISTENTE SOCIAL
Nº CRESS _____

