

Sociedade Educação e Caridade - SEC

Nome do estabelecimento: Colégio Nossa Senhora da Glória

Local: Av. Professor Oscar Pereira, 3052 - Glória

FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS 2027

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:

_____, ____/____/____ 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 _____
--	---------------------------------	--

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.