

FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS 2025

I. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome do estudante: _____
Série/Ano: _____ Curso: _____ Turma: _____ Turno: _____ Sexo: () Masc. () Fem.
Data de nascimento: ____/____/____ Cidade de Nascimento: _____ UF: _____
Certidão Nascimento: _____ Carteira Identidade: _____ 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: _____ RG: _____ CTPS: _____
CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Profissão: _____
Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____
Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____
Escolaridade: _____ CadÚnico / N° NIS: _____

Nome (cônjuge): _____ Grau de parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Celular: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail _____
Estado civil: _____ RG: _____ 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: _____ RG: _____ 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: _____ RG: _____ 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: _____ RG: _____ 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 ou com deficiência? Qual a deficiência e necessidades? _____

Necessita de medicação de uso contínuo? Qual? _____

Valor médio mensal gasto? _____

Com relação ao idoso: é aposentado? _____ Necessita de casa lar, enfermeira ou atendente? _____

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.

Local e data _____, ____/____/____ 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 _____