

**Ficha de Inscrição – Novas Concessões**

**UNIDADE SOCIOEDUCACIONAL:**

\_\_\_\_\_

**1- INFORMAÇÕES DO CANDIDATO:**

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M
RG: _____ CPF _____ Certidão de nascimento: _____
Endereço: _____ N° _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Ponto de referência: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Celular: _____ E-mail do responsável: _____

**2- SITUAÇÃO ESCOLAR DO CANDIDATO:**

Ano/Série que irá cursar em 2021: _____
Escola onde cursou o ano de 2020: _____

**3 - CONDIÇÕES DE MORADIA DA FAMÍLIA:**

Tipo de imóvel: ( ) Casa ( ) Apartamento
Situação do imóvel: ( ) Cedida ( ) Própria ( ) Alugada R\$ _____ ( ) Outros _____
Energia Elétrica: ( ) Companhia distribuidora ( ) Inexistente
Abastecimento de Água: ( ) Companhia distribuidora ( ) Poço artesiano ( ) Inexistente
Estrutura física: ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros _____
Zona de habitação: ( ) Urbana ( ) Rural

**4 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR:**

Há alguém no grupo familiar com doenças crônicas, pessoa com deficiência ou está em tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, especifique: _____
_____

**5 - QUADRO DA COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR:**

*(Colocar primeiro o nome do candidato.)*

Nome	Parentesco com o candidato	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Recebe algum tipo de renda ?
	<i>Candidato</i>				( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não
					( ) Sim ( ) Não

Quais são os vínculos de renda do grupo familiar possui?

*(marcar quantas opção forem necessarias)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autônomo                                 | <input type="checkbox"/> Sociodirigente                        |
| <input type="checkbox"/> Aposentado ou pensionista                | <input type="checkbox"/> Microempreendedores Individuais (MEI) |
| <input type="checkbox"/> Funcionário Público                      | <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia                    |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador formal com carteira assinada | <input type="checkbox"/> Aluguel                               |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador informal                     | <input type="checkbox"/> Auxílio financeiro de terceiros       |
|   | <input type="checkbox"/> Outros, _____                         |

Algum membro do grupo familiar recebe Programa Governamental de renda mínima?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, especifique o nome do Programa e o valor do benefício: \_\_\_\_\_

*Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e estou ciente de que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de concessão de bolsa.*

Local/Data: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável