



ANEXO II – FICHA SOCIOECONÔMICA

UNIÃO BENEFICENTE E CULTURAL DE CAMPO BOM COLÉGIO SANTA TERESINHA

NOME DO ALUNO: IDADE: SÉRIE P/ 2022:																															
RUA/AV:		BAIRRO: MUNICÍPIO:																													
ESTADO CIVIL DOS PAIS: () CASADOS () SEPARADOS OU DIVORCIADOS () OUTRA																															
RENOVAÇÃO () PERCENTUAL :																															
ALUNO NOVO () ESCOLA DE PROCEDÊNCIA:																															
POSSUI IRMÃOS NA ESCOLA? () SIM, QUANTOS? () NÃO																															
DADOS DO PAI (OU RESPONSÁVEL)																															
NOME:																															
CPF DO PAI:		FONE RESIDENCIAL: FONE CELULAR:																													
MESMO ENDEREÇO DO FILHO? () SIM () NÃO SE NÃO, ESPECIFIQUE:																															
PROFISSÃO/FUNÇÃO:																															
EMPRESA:		SALÁRIO: R\$																													
DADOS DA MÃE (OU RESPONSÁVEL)																															
NOME:																															
CPF DA MÃE:		FONE RESIDENCIAL: FONE CELULAR:																													
MESMO ENDEREÇO DO FILHO? () SIM () NÃO SE NÃO, ESPECIFIQUE:																															
PROFISSÃO/ FUNÇÃO:																															
EMPRESA:		SALÁRIO: R\$																													
RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO () Pai () Mãe () Outro, especifique:																															
NOME:																															
ENDEREÇO		E-MAIL:																													
EMPRESA:		PROFISSÃO:																													
SALÁRIO: R\$		FONE PARA CONTATO:																													
COMPOSIÇÃO GRUPO FAMILIAR: Especifique abaixo todas as pessoas que moram junto com o(a) aluno(a) na mesma casa.																															
<table border="1"><thead><tr><th>Nome Completo</th><th>Data de Nasc.</th><th>Parentesco</th><th>Renda</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				Nome Completo	Data de Nasc.	Parentesco	Renda	1.				2.				3.				4.				5.				6.			
Nome Completo	Data de Nasc.	Parentesco	Renda																												
1.																															
2.																															
3.																															
4.																															
5.																															
6.																															
OUTRAS FONTES DE RENDA:																															
Possui renda proveniente de aluguel:		() Sim Valor Mensal: R\$	() Não																												
Recebe Pensão Alimentícia:		() Sim Valor Mensal: R\$	() Não																												
Recebe Aposentadoria/Pensionista:		() Sim Valor Mensal: R\$	() Não																												
Recebe Seguro Desemprego:		() Sim Valor Mensal: R\$ Término em:/.....	() Não																												
Outra fonte de renda:		Valor Mensal: R\$																													
RENDA BRUTA FAMILIAR TOTAL: R\$ (Considera-se o somatório bruto das rendas do grupo familiar.)																															

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Possui casa própria () Sim () Não
Possui financiamento: (casa/carro,outro) () Sim Prestação Mensal: R\$Especifique:..... () Não
Paga Aluguel : () Sim Aluguel Mensal: R\$ () Não
No grupo familiar alguém faz algum tipo de tratamento médico ? () Sim Custo Mensal: R\$..... () Não
Se, Sim especifique o tipo de tratamento:.....

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE GRATUIDADE: (Descreva sinteticamente a situação financeira da família)

.....
.....
.....
.....
.....

IMPORTANTE:

Imprescindível a devolução da ficha preenchida corretamente, assinada e com todos os documentos solicitados através do e-mail bolsas@santa.g12.br.

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações e documentos por mim fornecidos e que estou ciente das normas que regem a presente solicitação e as informações prestadas, quando INVERÍDICAS, a QUALQUER TEMPO poderá ser CANCELADO O BENEFÍCIO concedido e exigido o RESSARCIMENTO dos VALORES. Desde já autorizo a divulgação do (s) nome (s) do (s) beneficiado (s) quando exigidos por Órgãos Públicos e competentes em razão da Legislação vigente.

Campo Bom, dede 20.....

Assinatura do declarante

RESERVADO AO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

Recebido em ____/____/____ Horário: _____h _____min Rubrica da Secretaria:
Parecer: () DEFERIDO% () INDEFERIDO
Assinatura da Comissão Gestora de Concessão de Bolsa: Data: ____/____/____