Colégio da Fundação Educacional "Dr. Raul Bauab" - Jahu

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO PRA VENCER 2027.

ALUNO _____RA_____SÉRIE ATUAL_____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO ALUNO

NOME_____

CPF_____ **RG:** _____ **PARENTESCO** _____

DATA NASCIMENTO_____/_____/_____ **IDADE** _____ **COR/RAÇA** _____ **ESTADO CIVIL** _____

E-MAIL_____

TEFELONES PARA CONTATO_____ _____ _____

ENDEREÇO_____

BAIRRO_____**CEP** _____**CIDADE** _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (incluir todos os membros do grupo familiar que residam com o aluno)

NOME	IDADE	PARENTESCO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO	RENDA*(R$) salário bruto

OUTRAS FONTES DE RENDA

VALOR RECEBIDO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA ( ) JUDICIAL ( ) INFORMAL	R$
VALOR RECEBIDO DE IMÓVEL ( ) ALUGADO ( ) ARRENDADO	R$
VALOR RECEBIDO DE AJUDA FINANCEIRA FAMILIAR	R$
OUTROS – ESPECIFICAR:	R$

FAMÍLIA INSCRITA NO CADASTRO ÚNICO? ( ) SIM ( ) NÃO	
RECEBE BENEFÍCIO DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA DE PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL? ( ) SIM ( ) NÃO	
QUAL:	R$

QUADRO DE SAÚDE DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

NOME:
DIAGNÓSTICO:
REALIZA TRATAMENTO MÉDICO ( ) SIM ( ) NÃO - ONDE?
CONVÊNIO MÉDICO ( ) SUS ( ) EMPRESA ( ) PARTICULAR R$ _____
MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO?
FORMA DE ACESSO: ( ) SUS ( ) JUDICIALIZADO ( ) COMPRA PARTICULAR ( ) DOAÇÃO ( ) OUTROS:

PESSOA COM DEFICIÊNCIA, TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO E/OU DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL?

EXISTE, NA COMPOSIÇÃO FAMILIAR, PESSOA EM ALGUMA DAS SITUAÇÕES ABAIXO?
NOME: **( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA – ESPECIFICAR: _____** **( ) PESSOA COM TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO (EX.: TEA, TDAH, TOD)** **( ) PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL (EX.: DEPRESSÃO, ANSIEDADE, BIPOLARIDADE)** **( ) NENHUMA DAS OPÇÕES ACIMA** ***Apresentar Laudo e/ou Avaliações**
REALIZA TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO MÉDICO ( ) SIM ( ) NÃO / ONDE:
CONVÊNIO MÉDICO: ( ) SUS ( ) EMPRESA ( ) PARTICULAR R$ _____ ( ) OUTROS:
MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO?
FORMA DE ACESSO: ( ) SUS ( ) JUDICIALIZADO ( ) COMPRA PARTICULAR ( ) DOAÇÃO ( ) OUTROS:
RECEBE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC/LOAS ( ) SIM ( ) NÃO VALOR R$

BENS FAMILIARES

TIPO	QUANTIDADE	VALOR (R$)	OBSERVAÇÃO
Casa			
Terreno			
Empresa			
Sítio/Chácara			
Aluguéis			
Salas/Escritórios			
Investimentos privados			
Outros			
*Investimento: Aplicações mensais em fundos, ações, previdência, poupança e/ou outros – especificar em "Observação"			

IMÓVEL ONDE RESIDEM

( ) PRÓPRIO ( ) FINANCIADO – R$ _____ ( ) ALUGADO – R$ _____

( ) CEDIDO – por: _____ ( ) OUTROS _____

Número de cômodos total: _____ Número de dormitórios: _____ Número de banheiros: _____

Quanto tempo reside no imóvel: _____ Área total do imóvel_____ Valor estimado R$_____

VEÍCULOS

Tipo:_____MODELO_____ANO_____VALOR R$ _____
Tipo:_____MODELO_____ANO_____VALOR R$ _____
Tipo:_____MODELO_____ANO_____VALOR R$ _____
Tipo:_____MODELO_____ANO_____VALOR R$ _____
Tipo:_____MODELO_____ANO_____VALOR R$ _____
Tipo:_____MODELO_____ANO_____VALOR R$ _____

***Tipo: Carro / Moto / Caminhão e/ou Outros – Especificar**

GASTOS MENSAIS

HABITAÇÃO/MORADIA		
ITEM	**VALOR MENSAL (R$)**	**OBSERVAÇÃO**
Aluguel		
Financiamento de imóvel		
Condomínio		
IPTU (mensalizado)		
Energia elétrica		
Água e esgoto		
Gás		
Internet / Telefone fixo		
Despesas com manutenção da casa		
*Manutenção: pequenos reparos - jardinagem, piscineiro e/ou outros – especificar em "Observação"		
ALIMENTAÇÃO + HIGIENE E LIMPEZA		
ITEM	**VALOR MENSAL (R$)**	**OBSERVAÇÃO**
Supermercado		
Hortifrúti / Padaria / Açougue		
Higiene pessoal		
Produtos de limpeza		
Alimentação fora de casa		
Lanche Escolar		
EDUCAÇÃO		
ITEM	**VALOR MENSAL (R$)**	**OBSERVAÇÃO**
Mensalidade escolar/faculdade		
Material escolar		
Uniformes		
Transporte escolar		
Atividades extracurriculares/Cursos		
SAÚDE		
ITEM	**VALOR MENSAL (R$)**	**OBSERVAÇÃO**
Plano de saúde		
Medicamentos		
Consultas médicas		
Terapias (psicólogo, fono, T.O, etc.)		
Tratamentos não cobertos por plano de saúde		
Exames laboratoriais frequentes		
Despesas com deficiência ou doenças crônicas		
*Despesas: cadeiras de rodas, fraldas geriátricas, alimentação especial e/ou outros – especificar em "Observação"		

TRANSPORTE		
ITEM	**VALOR MENSAL (R$)**	**OBSERVAÇÃO**
Financiamento		
Combustível		
Manutenção do veículo		
Seguro		
IPVA/Taxas		
Transporte Público (Ônibus)		
Aplicativos de transporte (Uber/99)		
OUTRAS DESPESAS		
ITEM	**VALOR MENSAL (R$)**	**OBSERVAÇÃO**
Roupas e calçados		
Parcelamentos/financiamentos		
Empréstimos		
Acordos		
Lazer e cultura		
Doações/contribuições religiosas		
Pets (ração, veterinário)		
Cartão de Crédito		
Pensão alimentícia		
Babá		
Empregada Doméstica		
Diarista		

*Anexar cópia dos comprovantes dos gastos mensais do último mês.

Renda Familiar Total: R$ _____ Gastos Mensais: R$ _____

Resumo da situação: ( ) Déficit R$_____ ( ) Superávit R$_____

JUSTIFICATIVA PARA A SOLICITAÇÃO DO PEDIDO DE BOLSA:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

❖ ***A entrega dos documentos por si só não garante o direito a bolsa.***

❖ ***Estou ciente que essa solicitação só será analisada pela Comissão de Bolsas se toda a documentação exigida for entregue corretamente, e que se a Comissão julgar necessário, serão exigidos documentos complementares. Todos os itens da relação de documentos são obrigatórios e a falta da documentação impossibilitará o deferimento da bolsa.***

❖ ***A concessão da bolsa será analisada de acordo com o perfil socioeconômico do grupo familiar, e este possui natureza social e econômica, ou seja, é composto por dois subperfis, o social, no qual o patrimônio está inserido, e o econômico, referente a renda.***

❖ ***Declaro sob as penas da Lei que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras.***

JAÚ, _____ DE _____DE _____

_____
ASSINATURA DO SOLICITANTE