



FICHA SOCIOECONÔMICA 2021

I. Identificação:

Aluno: _____ **Data Nasc.:** ____/____/____

Série/ano: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Sexo () Masc () Fem

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Fone: _____ Celular: _____

Responsavel financeiro junto a instituição: () pai () mãe () outro- _____

II. Responsáveis:

Responsável pela criança: _____

Grau parentesco _____ RG _____ CPF: _____

Endereço _____ Fone: _____ Cel. _____

Cidade _____ Bairro _____ Cep. _____

Local de trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta _____ Outra renda _____

Nome do cônjuge: _____

Grau parentesco _____ RG _____ CPF: _____

Endereço _____ Fone: _____ Cel. _____

Cidade _____ Bairro _____ Cep. _____

Local de trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta _____ Outra renda _____

III. DADOS DO RESPONSÁVEL: (Preencher este quadro somente se o responsável for – OUTRO)

Nome: _____

Grau parentesco _____ RG _____ CPF: _____

Endereço _____ Fone: _____ Cel. _____

Cidade _____ Bairro _____ Cep. _____

Local de trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta _____ Outra renda _____

IV. Dados do grupo Familiar: entende-se segundo a Lei n.º 10.836 de 9 de janeiro de 2004 – família, unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuem laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros;

| Nº | Nome | Parentesco | Idade | Escolaridade | Ocupação | Renda Mensal |
|--|------|------------|-------|--------------|----------|--------------|
| 1 | | Aluno | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| Total da renda familiar bruta: R\$ | | | | | | |
| Total Renda Per Capita (renda bruta total dividida pelo número de pessoas do grupo familiar : R\$ | | | | | | |

V. INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

a) O Solicitante esta desempregado? () SIM () NÃO

b) Há despesas com doença crônica no grupo familiar? () SIM () NÃO

c) Em caso afirmativo qual doença? _____

d) Tipo de moradia do responsável pelo grupo familiar.

() PRÓPRIA () ALUGADA - Valor R\$ _____ () FINANCIADA - Valor R\$ _____ () CEDIDA

e) Algum componente da família tem carro?

() Não () Sim Marca/Modelo: _____

f) Há outro membro do grupo familiar que estuda com bolsa educacional ou em outra instituição particular? () SIM () NÃO

VI. Despesas Mensais:

Luz _____ Telefone _____ Água _____ Condomínio _____ Outras _____

VII. Algum membro da família recebe pensão alimentícia? () Não () Sim valor: _____

VIII.Outras informações que julguem necessárias:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Declaração

Declaro sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro) que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. 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.

Santa Maria, ____ de _____ de 20____.

Responsável

Parecer: Situação

() Deferido

Gratuidade Concedida: _____% **para o ano de** _____

() Indeferido

Motivo: _____

Assinatura da Comissão

Assistente Social