**RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO**

**2017**

**FOTO**

Instituto Canção Nova

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do Candidato: | Ano/ Turma: |
| Idade do candidato: | Data de Nascimento: |
| O aluno é portador de algum tipo de deficiência? ( ) Não ( ) Sim Qual? (Apresentar Laudo) | |

O candidato é:

( ) Filho de Funcionário da FJPII ( ) Filho de Funcionário da Associação Canção Nova

( ) Filho de Missionário da Comunidade Canção Nova ( ) Não tem nenhum vínculo com a FJPII e Com. Canção Nova

( ) Algum membro da família trabalha na FJPII ou AIPF - Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO DO SERVIÇO SOCIAL**  ***(Favor não preencher)*** | | |
| ( ) Aluno Filantrópico | ( ) Aluno Não Filantrópico | Renda Per Capita Familiar R$ |
| Vulnerabilidade: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF: | | Número de identidade: | | | Órgão emissor UF  / | | | | | | | | | Data de emissão  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Filiação  Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço residencial (rua, avenida): (APRESENTAR COMPROVANTE ANEXO) | | | | | | | | | Nº: | | | | | Complemento: | | | |
| Bairro: | | | CEP: | | | | | | Município: | | | | | | UF: | | |
| Ponto de Referência: | | | | | | | | | Telefone celular dos responsáveis: | | | | | | | | |
| Telefone residencial: | | | | | | | | | Nome do responsável: | | | | | | | | |
| Sexo:  ( ) Masculino ( ) Feminino | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naturalidade:  ( ) Do município de Cachoeira Paulista ( ) Outro município ( ) Outro estado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II - SITUAÇÃO HABITACIONAL DO CANDIDATO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tempo de residência na cidade em Cachoeira Paulista:  ( ) inferior a 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) De 3 a 4 anos ( ) De 5 a 4 anos ( ) Mais de 7 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma de ocupação habitacional:  ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Própria quitada ( ) Própria financiada | | | | | | | | Infra- estrutura:  ( ) Água ( ) Luz ( ) Telefone ( ) Internet ( ) Todos | | | | | | | | | |
| Valor do aluguel/prestação do financiamento (R$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (APRESENTAR COMPROVANTE EM ANEXO) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localização:  ( ) Urbana ( ) Rural | | | | | | Abastecimentos de água:  ( ) Rede geral ( ) Poço ( ) Fonte ( ) Vizinho | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III -** **SITUAÇÃO DE SAÚDE DO CANDIDATO E GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Algum membro da família apresenta Deficiência:  ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Visual ( ) Mental ( ) Doença crônica ( ) Outras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Existe caso de doença na família? ( ) sim ( ) não  1 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V - INFORMAÇÕES FAMILIARES: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPOSIÇÃO FAMILIAR  (todas as pessoas que moram na mesma residência do candidato) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | Nome | | | Parentesco | | Idade | | | | Sexo | Sit. civil | | Serie Escolar | | Ocupação | Salario bruto  (TOTAL DE RENDIMENTOS) | |
| 01 |  | | | candidato | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 02 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 03 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 04 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 05 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 06 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 07 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 08 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 09 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 10 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 11 |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| |  |  | | --- | --- | | A família recebe algum benefício ou está inserida em programa da Rede de Assistência Social do Município? ( ) Sim ( ) Não | R$ | | Alguma criança/adolescente recebe Pensão Alimentícia? ( ) Sim ( ) Não | R$ | | Recebe algum valor por ter imóvel alugado? ( ) Sim ( ) Não | R$ |   **VULNERABILIDADES**  A família vive ou viveu alguma situação de:   1. ( ) Alcoolismo 2. ( ) Uso de Drogas 3. ( ) Adolescente na família em conflito com a Lei 4. ( ) Membro da família que se encontra recluso 5. ( ) Membro da família que é pai/ mãe adolescente 6. ( ) Histórico de Violência Doméstica 7. ( ) Perda afetiva por falecimento 8. ( ) Abandono afetivo 9. ( ) Abuso sexual   10. ( ) Gestante na família  **VI – BENS E DESPESAS**  **Possui veículos?** ( ) Sim ( ) Não Quantos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Modelo/marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano:\_\_\_\_\_\_\_ Modelo/marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano:\_\_\_\_\_\_\_  **Possui Imóveis?** ( ) Sim ( ) Não Quantos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESPESAS** | | | | | | | **R$** | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com aluguel | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com financiamento de casa/ terreno | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com financiamento de carro | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com água | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com energia elétrica | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com telefone | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com educação | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com internet | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com plano de saúde | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com medicamentos de uso contínuo | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com gás | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com IPTU mensal | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com vestuário (prestações) | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com outras prestações | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com combustível | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com transporte | | | | | | |  | | | | |  |
| Despesas com alimentação | | | | | | |  | | | | |  |
| Outras despesas | | | | | | |  | | | | |  |
| Total de Despesas: | | | | | | |  | | | | |  |

A inveracidade das informações neste formulário, quando constatado a qualquer tempo, implicará na perda do benefício por ventura concedido e cobranças das diferenças usufruídas. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos órgãos públicos, quando necessário.

Estou ciente de que as informações fornecidas neste formulário se dão em cumprimento à Lei 11.096/05 e à Lei 12.101/09 que trata de concessão de Bolsas de Estudo por Entidades Filantrópicas na área da Educação.

Cachoeira Paulista, dia \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável do aluno

***Não preencher o espaço abaixo***

**OBSERVAÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**