****

**FOTO**

**RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO – 2020**

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**Instituto Canção Nova**

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

**O aluno 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 ALUNO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** | | **Número de identidade:** | | | **Órgão emissor UF**  **/** | | | | | | **Data de emissão**  **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **Filiação**  **Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço residencial (rua, avenida):** | | | | | | | | | **Nº:** | | | **Complemento:** | | | |
| **Bairro:** | | | **CEP:** | | | **Município:** | | | | | | **UF:** | | | |
| **Ponto de Referência:** | | | | | | **Telefone celular dos responsáveis:** | | | | | | | | | |
| **Telefone residencial:** | | | | | | **Nome do responsável:** | | | | | | | | | |
| **Município e Estado de nascimento:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II - SITUAÇÃO HABITACIONAL DO NÚCLEO FAMILIAR DO ALUNO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 6 anos ( ) Mais de 7 anos | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Forma de ocupação habitacional:**  ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Própria quitada ( ) Própria financiada | | | | **Infraestrutura:**  ( ) Água ( ) Luz ( ) Telefone ( ) Internet ( ) Todos | | | | | | | | | | | |
| **Valor do aluguel/prestação do financiamento (R$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Localização:**  ( ) Urbana ( ) Rural | | | | **Abastecimentos de água:**  ( ) Rede geral ( ) Poço ( ) Fonte ( ) Vizinho | | | | | | | | | | | |
| **III -** **SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO E GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Algum membro da família apresenta Deficiência:**  ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Visual ( ) Mental ( ) Doença crônica ( ) Outras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Existe caso de doença na família?** ( ) sim ( ) não  1 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV - INFORMAÇÕES FAMILIARES:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COMPOSIÇÃO FAMILIAR**  **(todas as pessoas que moram na mesma residência do aluno)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nº** | **Nome** | | | | | | **Parentesco** | **Idade** | | **Sexo** | | **Sit. civil** | **Série Escolar** | **Ocupação** | **Salário bruto**  **(TOTAL DE RENDIMENTOS)** |
| 01 |  | | | | | | **aluno** |  | |  | |  |  |  |  |
| 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$\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Recebe algum tipo de Pensão?** ( ) Sim ( ) Não | R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Recebe algum valor por possuir imóvel alugado?** ( ) Sim ( ) Não | R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |   **Recebe alguma ajuda de custo?** ( ) R$\_\_\_\_\_\_\_\_  **V - VULNERABILIDADES**  **A família vive ou viveu alguma situação de:**  Quem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. ( ) Alcoolismo/ Uso de Drogas 2. ( ) Abuso sexual 3. ( ) Adolescente na família em conflito com a Lei 4. ( ) Membro da família recluso 5. ( ) Membro da família que é pai/ mãe adolescente 6. ( ) Histórico de Violência Doméstica 7. ( ) Perda afetiva por falecimento 8. ( ) Abandono afetivo 9. ( ) Membro da família em situação de rua 10. ( ) Moradia em área de risco   **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/calçado (prestações)** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Despesas com outras prestações** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Despesas com combustível** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Despesas com transporte** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Despesas com alimentação** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Outras despesas(especificar)** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Total de Despesas:** | | | | | | | | |  | | | | | | |

A inveracidade das informações neste formulário, quando constatado a qualquer tempo, implicará na perda do benefício porventura 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, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Assinatura do responsável do aluno

***Espaço reservado para o Serviço Social do Instituto Canção Nova, favor, não preencher.***

**OBSERVAÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL**

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

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