

**RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO FILANTRÓPICA – 2025**

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**Instituto Canção Nova**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do Aluno: | Ano/ Turma: |
| Sexo:  ( ) Masculino ( ) Feminino  Cor/Raça:  ( ) preto ( ) pardo ( ) branco ( ) indígena ( ) amarelo | |
| Idade do aluno: | Data de Nascimento: |
| O aluno é portador de algum tipo de deficiência/ condição de saúde? ( ) 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 de 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 ( ) Construída em área de ocupação | | | | Infraestrutura:  ( ) Água ( ) Luz ( ) Telefone ( ) Internet ( ) Todos | | | | | | | | | | |
| Valor do aluguel/prestação do financiamento (R$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (APRESENTAR COMPROVANTE EM ANEXO) | | | | | | | | | | | | | | |
| Localização:  ( ) Urbana ( ) Rural | | | | Abastecimentos de água:  ( ) Rede geral ( ) Poço ( ) Fonte ( ) Vizinho | | | | | | | | | | |
| **III -** **SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO E GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | |
| Algum membro da família apresenta Deficiência ou Condição de saúde?:  Especifique: | | | | | | | | | | | | | | |
| Existe caso de doença na família? ( ) sim ( ) não  1 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 Municipal/Estadual ou Federal? ( ) Sim ( ) Não | R$\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Recebe algum tipo de Pensão? ( ) Sim ( ) Não | R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Recebe algum valor por possuir imóvel alugado? ( ) Sim ( ) Não | R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   Recebe alguma ajuda de custo? ( ) Sim ( ) Não R$\_\_\_\_\_\_\_\_ |     **V - VULNERABILIDADES**  A família vive ou viveu alguma situação de: Quem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. ( ) Alcoolismo/ Uso de Drogas 2. ( ) Abuso sexual/Exploração 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 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 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 Complementar 187, de 16 de dezembro de 2021, que trata de Concessão de Bolsas de Estudo por Entidades Filantrópicas na área da Educação.

Declaro expressamente consentir com a coleta e tratamento dos meus dados pessoais elencados acima pelo Instituto Canção Nova, inclusive os sensíveis, declarando, ademais, estar ciente que os mesmos poderão ser utilizado para fins de organização e controle interno, podendo, sempre que solicitado, ter acesso aos dados coletados. O titular dos dados pessoais declara, por fim, estar ciente que o Instituto Canção Nova poderá contatá-lo, seja eletronicamente, seja via aparelho telefônico.

Cachoeira Paulista, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Assinatura do responsável do aluno

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

**OBSERVAÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL**

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

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