

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

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO**

 **Instituto Canção Nova**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do Aluno:  | Ano/ Turma:  |
| Sexo:( ) Masculino ( ) FemininoCor/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\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| FiliaçãoMãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (APRESENTAR COMPROVANTE EM ANEXO) |
| Localização:( ) Urbana ( ) Rural | Abastecimentos de água:( ) Rede geral ( ) Poço ( ) Fonte ( ) Vizinho |
| **III -** **SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO E GRUPO FAMILIAR** |
| Algum membro da família apresenta Deficiência ou Condição de saúde?:Especifique: |
| Existe caso de doença na família? ( ) sim ( ) não 1 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe PioToma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe PioToma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3 - Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe PioToma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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**

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

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