**REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO**

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**PRIMEIRO SEMESTRE DE 2024**

|  |
| --- |
|  **SITUAÇÃO EDUCACIONAL DO (A) ALUNO(A)** |
| Cursou todo o Ensino Médio em escola :( ) pública ( ) particular  | Nome da Instituição Educacional: | Caso tenha cursado o Ensino Médio em escola particular, o aluno recebeu bolsa de estudos integral? ( ) Sim ( ) NãoCaso a resposta seja SIM, **apresentar declaração escolar comprovando bolsa.** |
| O aluno possui algum curso superior? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual curso? |  |  |
| Já recebeu ou recebe algum tipo de desconto na FCN? ( ) SIM ( ) NÃO Qual porcentagem? |  |  |
| O aluno é portador de algum tipo de deficiência/condição de saúde? ( ) Não ( ) Sim Qual? (Apresentar Laudo) |  |  |
|  |  |  |
| **USO DO SERVIÇO SOCIAL*****(Favor não preencher)*** |  |
| ( ) Aluno Filantrópico Integral | ( ) Aluno Filantrópico Parcial  | ( ) Aluno Não Filantrópico |  Renda Per capita R$ |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ano:**  | **Semestre:**  |  **Curso/ Período:**  |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)**  |
| Nome Completo: | Data de nascimento Sexo: ( )Masculino ( )Feminino\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Idade:  |
| CPF: | Número de identidade RG: | Órgão emissor UF /  | Data de emissão\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| FiliaçãoMãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Endereço residencial (rua, avenida):  | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | CEP: | Município: | UF: |
| Ponto de Referência: | Telefones para contato (residencial, celular e recados): |
| Nome do responsável (Caso seja menor de 18 anos)  |  |
| Município e Estado de origem: | Naturalidade:( ) Do município de Cachoeira Paulista ( ) Outro município ( ) Outro estado |
| Tempo de residência na cidade de Cachoeira Paulista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **II - SITUAÇÃO HABITACIONAL DO(A) ALUNO(A)** |
| Forma de ocupação habitacional:Alugada ( ) Cedida ( ) Própria quitada ( ) Própria financiada República ( ) Pensionato ( ) | Infra- estrutura: Todos ( ) Água ( ) Luz ( ) Telefone ( ) Internet ( )  |
|  Valor do aluguel/prestação (R$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Localização: Urbana ( ) Rural ( ) | Abastecimentos de água:( ) Rede geral ( ) Poço ( ) Fonte ( ) Vizinho |
| O aluno (a) mora:( ) Com sua família ( ) Em pensionato ( ) Em república ( ) Amigos ( ) Sozinho |
| **III - SITUAÇÃO DE SAÚDE DO(A) ALUNO(A) E GRUPO FAMILIAR** |
| O aluno (a) ou algum membro da família apresenta Deficiência/ Condição de Saúde: Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 1 – Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe PioToma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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** **(aluno e todas as pessoas que moram com ele)** |
| Nº | Nome | Parentesco | Idade | Sexo | Sit. civil | Serie Escolar  | Profissão/ocupação | **Salario bruto/ - Total de vencimentos**(APRESENTAR COMPROVANTES EM ANEXO) |
| 01 |  | Aluno(a) |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obs.: Caso o aluno more em pensionato, república ou amigos deverá apresentar a documentação individual, bem como só declarar sua renda e sua despesa.**OUTRAS INFORMAÇÕES**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. A família recebe algum benefício ou está inserida em programa da Rede de Assistência Social do Município?

 ( ) Sim ( ) Não – Qual? | R$ |
| 1. Recebe algum tipo de Pensão ( ) Sim ( ) Não
 | R$ |
| 1. Recebe algum valor por possuir imóvel alugado? ( ) Sim ( ) Não
 | R$ |
| 1. Recebe alguma ajuda de custo família/outros?
 | 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****Quando possuir bem móvel** (carros, motos e outros) anexar a cópia do documento do veículo (frente e verso), independentemente da situação quitado ou não. **Possui veículos?** ( ) Sim ( ) Não Quantos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo/marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano:\_\_\_\_\_\_\_ Modelo/marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano:\_\_\_\_\_\_\_ **Possui Imóveis?** ( ) Sim ( ) Não Quantos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DESPESAS** | **R$** |  |  |  |
| Despesas com aluguel (apresentar xerox do comprovante) |  |  |  |  |
| Despesas com financiamento de casa/ terreno (apresentar xerox do comprovante) |  |  |  |  |
| Despesas com financiamento de carro (apresentar xerox do comprovante) |  |  |  |  |
| Despesas com água |  |  |  |  |
| Despesas com energia elétrica |  |  |  |  |
| Despesas com telefone |  |  |  |  |
| Despesas com educação (apresentar xerox do comprovante) |  |  |  |  |
| Despesas com internet |  |  |  |  |
| Despesas com plano de saúde |  |  |  |  |
| Despesas com plano de saúde odontológico |  |  |  |  |
| Despesas com medicamentos de uso contínuo (apresentar xerox do comprovante) |  |  |  |  |
| Despesas com tratamento dentário |  |  |  |  |
| Despesas com gás |  |  |  |  |
| Despesas com IPTU mensal (apresentar xerox do comprovante) |  |  |  |  |
| Despesas com vestuário (prestações) |  |  |  |  |
| Despesas com outras prestações |  |  |  |  |
| Despesas com combustível |  |  |  |  |
| Despesas com cartão de crédito |  |  |  |  |
| Empréstimos |  |  |  |  |
| Despesas com transporte |  |  |  |  |
| Despesas com alimentação |  |  |  |  |
| Despesas com Babá ou outro tipo de empregado |  |  |  |  |
| Outras despesas (especificar aqui):  |  |  |  |  |
| **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.

Cachoeira Paulista, dia \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

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

Assinatura do(a) Aluno(a)

***Espaço reservado para o Serviço Social da Faculdade Canção Nova, favor, não preencher.***

**PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL**

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

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

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

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

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

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