**REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO**

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**SEGUNDO 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 ( ) Não  Caso 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  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Filiação  Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localização:  Urbana ( ) Rural ( ) | | | | | | | | | | | Abastecimentos de água:  ( ) Rede geral ( ) Poço ( ) Fonte ( ) Vizinho | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno (a) mora:  ( ) Com sua família ( ) Em pensionato ( ) Em república ( ) Amigos ( ) Sozinho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III - SITUAÇÃO DE SAÚDE DO(A) ALUNO(A) E GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno (a) ou algum membro da família apresenta Deficiência/ Condição de Saúde:  Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 – Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doença (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamento: ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) Pe Pio  Toma medicação? ( ) sim ( ) não Como adquire a medicação? ( ) Farmácia Municipal ( ) Próprio – valor R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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**  **(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 2024.

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

Assinatura do(a) Aluno(a)

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

**PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL**

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

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

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

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

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

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