

Ministério da Educação

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

Câmpus Porto Alegre

ANEXO IV – Edital -72/2015

**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

**PROGRAMA DE BENEFÍCIOS - ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL 2015/2**

**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRAFICO**

**I – Benefícios solicitados nesse Edital;** ( ) Auxílio Alimentação

( ) Auxílio Moradia

( ) Auxílio Transporte

( ) Auxílio Aos Estudantes Pais

( ) Auxílio Material de Ensino

**II – Dados de identificação do estudante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curso: | | | | Turno | | Matrícula | | | | Semestre | | | | | RG | | |
| CPF | | |
| Como você se considera:  ( ) preto ( ) branco ( ) indígena ( ) amarelo ( ) pardo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo: ( ) F (  ) M | Estado Civil: | | | | Data de nascimento: | | | | | Procedência (Cidade/Estado): | | | | | | | |
| Endereço do estudante (Rua, Avenida): | | | | | | | | | Nº | | Bloco: | | | | | | Apto: |
| Bairro: | | | | | Cidade: | | | | | | | | U.F. | | | CEP | |
| Fone: | | | E-mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço dos pais (Rua, Avenida) | | | | | | | | | Nº | | | Bloco: | | | | | Apto: |
| Bairro | | Cidade | | | | | UF | CEP | | | | | | Fone: | | | |

**III – Dados de Escolaridade**

|  |
| --- |
| Ensino Fundamental: ( ) Público ( ) Particular ( ) Particular com bolsa |
| Ensino Médio: ( ) Público ( ) Particular ( ) Particular com bolsa |
| Cursou pré-vestibular? ( ) sim ( ) não Com bolsa? ( ) sim ( ) não |
| Ensino Superior: ( ) Completo ( ) Incompleto – cursando ( ) Incompleto - trancado |

**IV – Informações sobre os Familiares do estudante:**

Estado Civil dos Pais: Casados? ( ) Sim ( )Não Separados? ( ) Sim ( ) Não

Grau de instrução da mãe: ( ) Não alfabetizada ( ) da 1ª a 4ª série ( ) da 5ª a 8ª série ( ) Ensino

Médio completo

( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós- Graduação

Grau de instrução do pai: ( ) Não alfabetizada ( ) da 1ª a 4ª série ( ) da 5ª a 8ª série ( ) Ensino

Médio completo

( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós- Graduação

Pai ou mãe falecidos? ( ) Não ( ) Sim Quem e há quanto tempo?

**V – Situação Socioeconômica Familiar** (Considera-se grupo familiar o conjunto de pessoas que vivem em uma mesma moradia e/ou que vivem com a renda bruta mensal familiar.):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome dos integrantes do grupo familiar** | **Grau de parentesco** | **Idade** | **Situação Ocupacional** | | | | | | **Valor do rendiment o mensal (R$)** |
| **E M P R E G A D O** | **D**  **E S E M P R E G A D O** | **A U T Ô N O M O** | **P**  **A E P N O S S I E O N N T I A S D T O A** | **T**  **R A B A L H A D O R** | **E E S S T T U A D G A I N Á T R E I O** |
|  | ALUNO |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total da renda familiar:** | | | | | | | | |  |
| Alguém na sua residência possui algum benefício social? ( )Bolsa Família –valor: ( )BPC/LOAS (  )Outro: | | | | | | | | | |
| A família recebe ajuda material/financeira de pessoa que não reside no mesmo domicílio? Especifique: | | | | | | | | | |

**VI – Aspectos de saúde**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informe se você ou algum membro**  **de sua família:** | **Quem** | **Qual/Quando?** |
| Possui diagnóstico de doença crônica |  |  |
| Usa medicação continuada |  |  |
| Fez ou faz uso de substância  psicoativa/química |  |  |
| Possui alguma deficiência? |  |  |
| Tem ou já teve algum transtorno  psicológico (ex: depressão, crise de ansiedade, medo, esquizofrenia, etc) |  |  |
| Faz ou já fez algum tratamento  especializado (ex: psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc) |  |  |
| Possui plano de saúde? |  |  |
| Seu grupo familiar é referenciado a algum posto de saúde? Qual? | | |
| Seu grupo familiar é referenciado a algum CRAS ou CREAS? Qual? | | |

**VII – Habitação**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Situação de moradia do aluno: ( ) pensão | ( ) república ( ) alugada | ( ) financiada ( ) cedida |
|  | ( ) em área verde / ocupação irregular | ( ) moradia própria | ( ) outros (especificar) |

Reside com: ( ) a família ( ) parentes ( ) sozinho ( ) outros (especificar)

Situação de moradia da mãe: ( ) própria ( ) alugada / valor:

( ) cedida ( ) financiada/ valor:

( ) em área verde / ocupação irregular ( ) outros (especificar)

Situação de moradia do pai: ( ) própria ( ) alugada / valor:

( ) cedida ( ) financiada/ valor:

( ) em área verde / ocupação irregular ( ) outros (especificar)

**VIII – Resumo das despesas mensais fixas (anexe comprovantes):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Habitação |  | Mensalidades Escolares /  Creche |  |
| Água |  | Condomínio |  |
| Luz |  | Assistência Médica  (plano) |  |
| Financiamentos |  | Medicamentos |  |
| Pensão alimentícia |  | Outros: |  |
| **Total de despesas: R$** | | | |

**IX – Descreva neste espaço as informações que julgue importantes:**

• **Fico ciente** de que o preenchimento deste Formulário não significa deferimento de qualquer benefício.

• **Autorizo** a Instituição a solicitar outros documentos e realizar entrevistas e/ou visitas domiciliares.

• **Declaro** que as informações prestadas neste Formulário são verdadeiras.

Data: / /

**Assinatura do aluno**