




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

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

 <p>INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA RIO GRANDE DO SUL Campus Porto Alegre</p>	NÚCLEO DE ACOMPANHAMENTO ACADÊMICO – NAAc PROGRAMA DE BENEFÍCIOS - ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL 2014/2 FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
--	---

- 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 rendimento 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	A P O S E N T A D O	P E N S I O N I S T A	T R A B A L H A D O R		E S T U D A N T E
	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

<u>Situação de moradia do aluno:</u> () pensão () república () alugada () financiada () cedida () em área verde / ocupação irregular () moradia própria () outros (especificar) _____			
<u>Reside com:</u> () a família () parentes () sozinho () outros (especificar) _____			
<u>Situação de moradia da mãe:</u> () própria () alugada / valor: _____ () cedida () financiada/ valor: _____ () em área verde / ocupação irregular () outros (especificar) _____			
<u>Situação de moradia do pai:</u> () 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:

<ul style="list-style-type: none"> • Fico ciente de que o preenchimento deste Formulário não significa deferimento de qualquer benefício. • Autorizo o NAAC a solicitar outros documentos e realizar entrevistas e/ou visitas domiciliares. • Declaro que as informações prestadas neste Formulário são verdadeiras.
Data: ___ / ___ / _____

Assinatura do aluno