

Formulário de solicitação de Bolsa de Estudo

DATA: ____/____/____ Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo: () Novo () Renovação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome: _____ Idade: _____

CPF: _____

Gênero: () Feminino () Masculino Raça/Cor/Etnia: () Branca () Amarela () Pardo () Preta () Indígena

Série/ano que está cursando: _____ Série/ano que cursará próximo ano: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Tel: _____

Escola que estuda: _____

Informar percentual de bolsa do ano anterior _____

IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome: _____

Naturalidade: _____ Data Nasc: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: () Não estudou. () Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental () Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental

() Ensino médio () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduação

Profissão/Atividade: _____

() Assalariado () Liberal () Autônomo () Aposentado/Pensionista () Empregador () Servidor Público

() Trabalhador Rural () Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho () Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: _____ CPF: _____ Fone Res.: () _____ Celular: () _____

Endereço Resid.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Empresa: _____ Cargo: _____ Admissão: _____

Endereço Profissional: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Fone Com.: () _____

Salário BRUTO: _____ Mês de Referência: _____

Responsável financeiro junto ao Colégio? ____ Sim ____ Não

IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Nome: _____

Naturalidade: _____ Data Nasc: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: () Não estudou. () Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental () Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental () Ensino

médio () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduação

Profissão/Atividade: _____

() Assalariado () Liberal () Autônomo () Aposentado/Pensionista () Empregador () Servidor Público

() Trabalhador Rural () Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho () Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: _____ CPF: _____ Fone Res.: () _____ Celular: () _____

Endereço Resid.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Empresa: _____ Cargo: _____ Admissão: _____

Endereço Profissional: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Fone Com.: () _____

Salário BRUTO: _____ Mês de Referência: _____

Responsável financeiro junto ao Colégio? ____ Sim ____ Não

OUTROS RENDIMENTOS

Pensão (judicial ou não) R\$ _____

Aposentadoria: R\$ _____

Pensão Civil ou Militar R\$ _____

Pró-labore (ou afim) R\$ _____

Poupança e/ou outras aplicações R\$ _____

Auxílio recebido de pessoas não declaradas como integrantes do grupo familiar R\$ _____ (apresentar declaração)

Outros Rendimentos (especificar) R\$ _____ (apresentar comprovante ou declaração)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**HABITACIONAIS**

Tipo de Imóvel:

- () Próprio Quitado. Possui outros imóveis? _____ Quantos? _____ Recebimento de aluguéis: R\$ _____
- () Próprio Financiado Valor da parcela mensal: R\$ _____
- () Alugado Valor do aluguel mensal: R\$ _____
- () Cedido. Por quem? _____
- () Herdada
- () Outros. Especificar: _____

A família possui outros imóveis além da moradia?

- () Lote/ Barracão
- () Sítio/Chácara/ Fazane

AUTOMÓVEIS

Marca	Modelo	Ano	Situação
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____

NÚCLEO FAMILIAR

Relação de membros do grupo familiar (todas as pessoas da casa, inclusive o requerente)

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda (bruta)	Declara IR?
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não
					__ Sim __ Não

Renda (bruta) total mensal do grupo familiar:

EDUCAÇÃO**Membros do grupo familiar que estudam (inclusive dos adultos)**

Nome	Série/Ano	Instituição de Ensino	Valor Mensal

Despesa total mensal do grupo familiar:**SAÚDE****Membros do grupo familiar que apresentam patologias (incidência de pessoas submetidas a tratamentos médicos, terapêutico e/ou que façam uso contínuo de medicamentos e portadores de deficiência física):**

Nome	Idade	Parentesco	Patologia	Despesa Mensal

Despesa total mensal do grupo familiar:**PROGRAMAS SOCIAIS**

O grupo familiar participa de programas de transferência de renda? ___ Sim ___ Não

 Programa de Erradicação do trabalho Infantil – PETI Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano – Programa Auxílio Brasil Programa Nacional de Inclusão do Jovem – Pró-Jovem Auxílio Emergencial (desastre, calamidade pública ou situação emergencial) Benefício de Prestação Continuada - BPC (LOAS) Outros. Especificar _____ -**DESPESAS MENSAIS BÁSICAS**

Despesas	Valor R\$	Despesas	Valor R\$
Aluguel / SFH		Transporte Escolar	
Água		Mensalidade Escolar (total)	
Luz		Plano de Saúde	
IPTU		Medicamentos	
Telefone		Cursos livres	
Condomínio		Outros	
Alimentação			

Total das Despesas mensais:

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me, ainda, ciente de que a falsidade ou divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício, caso tenha sido concedido. Tenho conhecimento do edital que normatiza as regras para o pedido de bolsa.

Local/Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Responsável Financeiro

CPF

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

DEFERIDO INDEFERIDO PERCENTUAL CONCEDIDO: 100% 50%

Assistente Social responsável (carimbo e assinatura)

Data do parecer: ____/____/____