

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/ Fazenda

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 Bolsa Família e os programas remanescentes nele unificados
() 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

