

Foto 3 x 4

ATENÇÃO

UNIDADE DE ATENDIMENTO – COLÉGIO SANTO ANTÔNIO (CÓDIGO: 31004812)

- SOMENTE SERÁ ANALISADA A SOLICITAÇÃO QUE ESTIVER DEVIDAMENTE PREENCHIDA E COM TODOS OS DOCUMENTOS EM ANEXO;
- 2. TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO GUARDADAS EM SIGILO, PORTANTO DEVERÃO SER CLARAS, PRECISAS E VERDADEIRAS;
- 3. ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS. QUALQUER PROBLEMA COM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES PRESTADAS INVALIDA A SOLICITAÇÃO E TORNA IMPOSSÍVEL A MONTAGEM DE NOVO PROCESSO.
- 4. OS DADOS PESSOAIS COLETADOS NESTE FORMULÁRIO E NOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A ELE SÃO NECESSÁRIOS PARA VIABI-LIZAR A SUA SOLICITAÇÃO. O TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES É FEITO EM CONFORMIDADE COM A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LEI 13.709/18). PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE COMO SE DÁ ESTE TRATAMENTO, SOLICITE AO RESPONSÁVEL A NOSSA POLÍTICA DE PRIVACIDADE.

SOLICITAÇÃO: () NOVA () RENOVAÇÃO				ANO LETIVO 2024				
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE - EDUCAÇÃO BÁSICA								
NOME DO BOLSISTA:				DATA NASCIME	ASCIMENTO:/ IDADE:			
Código Educacenso (Preenchimento pelo Serviço Social):								
CPF:	G:		Ór	Órgão Expedidor: NIS:				
E-mail do Estudante:				Celular:				
Endereço:			Nº/ Complemento:					
Bairro:	Cep:			Município:				
Ponto Referência:			Telefone Fixo:					
Nome da Mãe:								
E-mail:					Celular:			
Nome do Pai:								
E-mail:					Celular:			
Escola de origem:								
() Amarela () Branca () Indígena				cípio em que i osa:				
ETAPA DO CURSO E ACESSO AO COLÉGIO								
Informe a série que irá cursar no próximo ano (etapa do curso): Ensino Fundamental I () 1° () 2° () 3° () 4° () 5° Ano. Ensino Fundamental II () 6° () 7° () 8° () 9° Ano.			()	Principal meio de transporte para chegar ao colégio: () A Pé () Carona () Transporte Coletivo () Transporte Locado () Transporte Próprio () Taxi				
Ensino Médio - Série:				() Uber				
() 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a . () Outro. Especificar:								
CONDIÇÕES DE MORADIA DO ESTUDANTE / CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO								
Reside em área de risco? () Sim () Não Nº de cômodos na casa: () 1 A 3 () 4 A 6 () A Partir De 7 Nº De Quartos: () 1 () 2 () 3 () 4 () a partir de 5			() F () A	ação Habitacional: Própria Financiada Própria Quitada Alugada Cedida () Herdada () Compartilhada () Outra Situação. Qual?				

DECLARAÇÃO DOS BENS MOVEIS E IMOVEIS PERTENCENTES A FAMILIA (TOTAL OU FRAÇÃO)									
Marque e sublinhe o tipo de Bens/ Imóveis. (<i>Ex: (X) Lote/ Barracão</i>). () Lote/ Barracão () Sítio/ Chacará/ Fazenda () Casa/ Apartamento () Loja () Outra Situação. Qual?									
A Família possui veículo próprio? Não () Sim ()									
(carro, moto, caminhão, trator, etc). Marcar com (X) para qual finalidade e se está quitado.									
						FINALIDADE		C	QUITADO
PROPRIETÁRIO	MODELO	MARCA	ANO	PA:	SSEIO	TAXI / UBER	CARRETO	SIM	NÃO
SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTUDANTE E GRUPO FAMILIAR									
O Estudante apresenta algum problema de saúde? O Estudante apresenta alguma deficiência?									
() Não () Sim. Qual:						() Sim ().	•		.1.1.7.33%
() Auditiva () Física/Motora () Mental () Visua Situação de Saúde do Grupo Familiar						ntal () Visual			
Existe caso de doença grave ou crônica no núcleo familiar? Em caso positivo, relacione-o(s) abaixo:									
NOME		GRAU	DE PARENTESO	0		DOENÇA		DES	SPESA MENSAL
VINCULAÇÃO COM POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTUDANTE E GRUPO FAMILIAR									
() Educa Mais Brasil () Educa Mais Brasil									
() Boisa Farrilla (Auxillo Brasil) Valor R\$ () Prouni									
() Auxílio Emergencial () Bolsa de estudo em outra instituição. Qual?									
() Habitação Popular (Minha Casa Minha Vida/ Vila Viva/									
Casa Verde e Amarela) () Poupança Jovem				() Outros:					
() Nao i ossui									
DESPESAS MENSAIS DA FAMÍLIA									
ALUGUEL/ SFH (FINANCIAMENTO)	ÁGUA/ CON	IDOMÍNIO	LUZ	IPTU (VALOR MENSAL)) TELEFOI CELULA	ne (fixo e R)	PLANO DE SAÚDE	
R\$	R\$		R\$		R\$		R\$		R\$
MEDICAMENTOS	MENSALIDA	DE	MENSALIDAD	ÞΕ	TRANSPORTE		IPVA/ PA	ARCELA	PRESTAÇÃO
R\$	R\$		FACULDADE R\$			CADO/ COLETIVO	R\$		VEÍCULO R\$
EMPRÉSTIMO	EMPREGADA		DENTISTA		ALI	ALIMENTAÇÃO OUTRAS DESPESAS			
BANCÁRIO R\$	DOMÉSTICA R\$	A	R\$		R\$			()
								()
R\$()									
			RE	NDA A	\GREG/	ADA			
AJUDA DE FAMILIARES ALUGUEL RECEBIDO PENSÃO ALIMENTÍCIA TRABALHO INFORMAL						NFORMAL			

R\$: __

R\$: _

		RELAÇÃO DE TODA	S AS PE	SSOAS QUE RE	RELAÇÃO DE TODAS AS PESSOAS QUE RESIDEM NA CASA DO ESTUDANTE	ESTUDANTE			
Š	NOME DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR (INCLUSIVE DO ESTUDANTE CANDIDATO À BOLSA)	GRAU DE PARENTESCO COM RELAÇÃO AO ESTUDANTE	- D D E	ESTADO CIVIL (LEGENDA I)	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/ ATIVIDADE EXERCIDA	SITUAÇÃO DE TRABALHO (LEGENDA II)	RENDIMENTO MESNSAL BRUTO	RENDIMENTO MENSAL EXTRA/ BICO
_		CANDIDATO(A)							
7									
m									
4									
5									
9									
7									
∞									
9									
10									
* LEC 01 – de Tr	* LEGENDA I – ESTADO CIVIL 01 – Solteiro(a); 02 – Casado(a)/ União Estável; 03 – Viúvo(a); 04 – Separado(a) Legalmente; 05 – Separado(a) sem Legalidade; 06 – Separado(a) por necessidade de Trabalho; 07 – Outra Situação.	03 – Viúvo(a); 0	4 – Seļ	oarado(a) Leg	;almente; 05 – Sep	varado(a) sem l	-egalidade; 06	– Separado(a) p	oor necessidade
* LEC 01 – Prev	* LEGENDA II – SITUAÇÃO DE TRABALHO O1 – Empregador; O2 – Assalariado com Carteira de Trabalho; O3 – Assalariado sem Carteira de Trabalho; O4 – Autônomo com Previdência Social; O5 – Autônomo sem Previdência Social; O5 – Autônomo sem Previdência Social; O6 – Aposentado/ Pensionista; O7 – Trabalhador Rural; O8 – Empregador Rural; O9 – Não Trabalha; 10 – Desempregado; 11 – Afastado (Auxílio Doença ou Acidente do Trabalho); 12 – Estagiário Remunerado/ Bolsa Pesquisa; 13 –Funcionário Público; 14 - Outro.	de Trabalho; 03 – ; 07 – Trabalhad) Remunerado/ B	- Assala or Rura olsa Pe	ıriado sem Caı 11; 08 – Emprı squisa; 13 –F	rteira de Trabalho; egador Rural; 09 - uncionário Público	04 – Autônom - Não Trabalha; ·; 14- Outro.	o com Previdêr 10 – Desemp	ncia Social; 05 – . regado; 11 – Af	Autônomo sem fastado (Auxílio

RENDA PER CAPTA:

RENDA BRUTA FAMILIAR:

COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR:

NÚMERO DE MEMBROS:

SALÁRIO MININO

USO EXCLUSIVO DO (A) ASSITENTE SOCIAL:

(REFERÊNCIA) 2023

VIGENTE:

R\$ 1.320,00

RELATE DE FORMA OBJETIVA O MOTIVO DA SUA SOLICITAÇÃO						
Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fo que os acompanha. Declarando-me, ainda, ciente de que a no indeferimento do pedido, conforme edital do qual tenho	falsidade ou divergência nas informações acarretará					
Belo Horizonte, de de	<u>_</u> ·					
Assinatura do(a) responsáve	el pelas informações					
PARECER DO SERVIÇO SOCIAL						
As informações declaradas no formulário, bem como os docur estão em consonância? () Sim () Não	nentos anexados ao processo e a entrevista realizada					
() Processo deferido.	() Processo indeferido.					
() Processo deferido com a seguinte observação:	Motivo:					
	() Documentação incompleta.					
	() Renda superior à legislação vigente. <u>Apresentou Recurso:</u> () Sim () Não					
Percentual Concedido: () 100% () 50%	Apresentou Necurso.					
Técnico(a) responsável (carimbo e assinatura):	Data do parecer:/					
PARECER DA DIREÇÃO						
() Deferido	() Indeferido					
Diretor responsável (<i>carimbo e assinatura</i>):	Data do parecer:/					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES						

