

AVALIAÇÃO EMERGENCIAL COVID - 19

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO

NOME:		
E-MAIL:		
ENDEREÇO:		Nº/ COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:
TELEFONE FIXO:	TELEFONE CELULAR:	
ESTUDANTE 1:	SÉRIE:	TURMA:
ESTUDANTE 2:	SÉRIE:	TURMA:
ESTUDANTE 3:	SÉRIE:	TURMA:

SITUAÇÃO HABITACIONAL DA FAMÍLIA

<input type="checkbox"/> PRÓPRIA FINANCIADA	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA QUITADA	<input type="checkbox"/> HERDADA	<input type="checkbox"/> COMPARTILHADA
<input type="checkbox"/> ALUGADA	<input type="checkbox"/> CEDIDA	<input type="checkbox"/> OUTRA SITUAÇÃO. QUAL? _____	

RELAÇÃO DE BENS/ IMÓVEIS PERTENCENTES À FAMÍLIA

A FAMÍLIA POSSUI OUTROS IMÓVEIS ALÉM DA MORADIA? NÃO () SIM ()

LOTE/ BARRACÃO SÍTIO/ CHACARÁ/ FAZENDA CASA OU APARTAMENTO

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.

PROPRIETÁRIO	MODELO	MARCA	ANO	FINALIDADE			QUITADO	
				PASSEIO	TAXI / UBER	CARRETO	SIM	NÃO

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR

EXISTE CASO DE DOENÇA GRAVE OU CRÔNICA NO NÚCLEO FAMILIAR? EM CASO POSITIVO, RELACIONE-O (S) ABAIXO:

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DOENÇA	DESPESA MENSAL

DESPESAS MENSAIS DA FAMÍLIA

ALUGUEL/ SFH (FINANCIAMENTO) R\$	ÁGUA/ CONDOMÍNIO R\$	LUZ R\$	IPTU R\$	TELEFONE (Fixo e Celular) R\$	PLANO DE SAÚDE R\$
MEDICAMENTOS R\$	MENSALIDADE ESCOLAR R\$	MENSALIDADE FACULDADE R\$	TRANSPORTE LOCADO R\$	TRANSPORTE COLETIVO R\$	PRESTAÇÃO VEÍCULO R\$
EMPRÉSTIMO BANCÁRIO R\$	EMPREGADA DOMÉSTICA R\$	DENTISTA R\$	ALIMENTAÇÃO R\$	OUTRAS DESPESAS R\$ _____ () R\$ _____ ()	

RENDA AGREGADA

AJUDA DE FAMILIARES R\$: _____	ALUGUEL RECEBIDO R\$: _____	PENSÃO ALIMENTÍCIA R\$: _____	TRABALHO INFORMAL R\$: _____
-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Nº	NOME DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR	GRAU DE PARENTESCO COM RELAÇÃO AO ESTUDANTE	IDADE	ESTADO CIVIL (<i>LEGENDA I</i>)	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/ ATIVIDADE EXERCIDA	SITUAÇÃO DE TRABALHO (<i>LEGENDA II</i>)	RENDIMENTO MESNSAL BRUTO	RENDIMENTO MENSAL EXTRA/ BICO
1		ESTUDANTE							
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

*** 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.

*** LEGENDA II – SITUAÇÃO DE TRABALHO**

01 – EMPREGADOR; **02** – ASSALARIADO COM CARTEIRA DE TRABALHO; **03** – ASSALARIADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO; **04** – AUTÔNOMO COM PREVIDÊNCIA SOCIAL; **05** – AUTÔNOMO SEM PREVIDÊNCIA SOCIAL; **06** – APOSENTADO/ PENSIONISTA; **07** – TRABALHADOR RURAL; **08** – EMPREGADOR RURAL; **09** – NÃO TRABALHA; **10** – DESEMPREGADO; **11** – AFASTADO (AUXÍLIO DOENÇA OU ACIDENTE DO TRABALHO); **12** – ESTAGIÁRIO REMUNERADO/ BOLSA PESQUISA; **13** –FUNCIONÁRIO PÚBLICO; **14**- OUTRO.

USO DO(A) ASSITENTE SOCIAL:	SALÁRIO MININO VIGENTE:	COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR:	RENDA BRUTA FAMILIAR:	RENDA PER CAPTA:
--	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------

RELATE DE FORMA OBJETIVA O MOTIVO DA SUA SOLICITAÇÃO

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 do pedido

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES