

**Província Brasileira da Congregação das Irmãs Filhas da Caridade de
São Vicente de Paulo – Província de Curitiba**

Entidade Filantrópica - Utilidade Pública Federal, Decreto - Lei nº 50.280/61

CNAS 035.261/52 - CNPJ 76578137/0001-90

Avenida Manoel Ribas, 02 80510-020 – Curitiba/PR Fone: (41) 3221-7000 - Fax: (41) 3221-7036
e-mail província@provinciacuritiba.com.br site: www.provinciacuritiba.com.br

Entidade Mantida: Colégio Vicentino Imaculado Coração de Maria - INCOMAR

CNPJ: 76.578.137/0029-90

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS
PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA – ANO LETIVO 2022**

1 - INFORMAÇÕES DO(A) ESTUDANTE

1.1 - ESTUDANTE 1:

Nome: _____

CPF: _____ Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino () Feminino () Reside com: os pais () a mãe () o pai ()

Se outros, indique quem: _____ Fone(s): _____

Celular: _____

Já é aluno/a nesta Unidade Educacional Vicentina: SIM () NÃO () Ano/período _____ Turma _____

Escola de origem: _____ Pública () Privada ()

Tem irmã/irmão que estuda nesta Unidade Educacional Vicentina: SIM () NÃO () - Se sim, indique o nome e a turma _____

2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Membros que residem na mesma casa em que o aluno, iniciando por ele, sendo o preenchimento do item parentesco/vínculo sempre em relação ao aluno).

Nome	Idade	Estado civil	Grau de parentesco	Escolaridade	Profissão	Renda
TOTAL DA RENDA						

3 - DADOS SÓCIOECONÔMICOS DA FAMÍLIA:

3.1. Filiação 1: _____

Escolaridade: _____ Data de nascimento: __/__/____ naturalidade: _____

RG _____ CPF _____ e-mail: _____

Endereço Residencial: Rua _____ nº _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Fone: _____ Celular: _____

Profissão: _____ Trabalho: Autônomo () Com Vínculo () Desempregado ()

Empresa/Entidade/Órgão: _____

Telefone: _____ Remuneração Mensal: R\$ _____, outras fontes de renda:

R\$ _____ - Se autônomo declarar renda que vive no momento:

R\$ _____ e ocupação: _____

3.2. Filiação 2: _____

Escolaridade: _____ Data de nascimento: __/__/____ naturalidade: _____

RG _____ CPF _____ e-mail: _____

Endereço Residencial: **(NÃO PREENCHER ESTE CAMPO, CASO SEJA O MESMO ENDEREÇO DA FILIAÇÃO 1):**

Rua: _____ nº _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Fone: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Trabalho: Autônomo () Com Vínculo () Desempregado ()

Empresa/Entidade/Órgão: _____ Telefone: _____

Remuneração Mensal: R\$ _____, outras fontes de renda: R\$ _____ -

Se autônomo declarar renda que vive no momento: R\$ _____ e ocupação:

4. - RESPONSÁVEL FINANCEIRO (quando o responsável for avó, avô, padrasto, madrasta, tio/a, outros)

NOME _____ Fone: _____

Profissão _____ Local de Trabalho _____

Fone comercial _____ Grau de Parentesco _____

CPF: _____ e-mail: _____

Renda Mensal R\$ _____ Outras Rendas: _____

Advinda de: () Aluguéis () Poupança () Ações () Pensão, Outros: _____

Desempregado () sim () Não - Se autônomo declarar renda que vive no momento e ocupação:

5. QUANTO A MORADIA DO GRUPO FAMILIAR EM ANÁLISE:

Casa própria () Alugada () Cedida (emprestada) () Financiada ()

A quanto tempo residem no local: _____ Se alugada/financiada, custo mensal: _____

6. POSSUI AUTOMÓVEL? (Carro ou Moto) Sim () Não () Modelo: _____ Marca: _____

Ano: _____

Financiado: Sim () Não () Valor mensal: _____ nº de parcelas a vencer: _____**7. DESPESAS MENSAIS:**

Água	R\$	Medicamento- uso contínuo	R\$	Aluguel	R\$
Luz	R\$	Empréstimo bancário	R\$	Financiamento casa	R\$
Telefone Fixo/Celular	R\$	Transporte / Combustível	R\$	Condomínio	R\$
Alimentação	R\$	Financiamento veículo	R\$	Plano de Saúde	R\$
Educação	R\$	Cartões de crédito	R\$	Outros (especificar)	R\$
Vestuário	R\$	Lazer/cultura	R\$	Viagens/passeios	R\$
SOMA DAS DESPESAS MENSAIS:			R\$		
RENDIA PER CAPITA¹			R\$		

8. HÁ DESPESAS COM DOENÇA CRÔNICA GRAVE OU PESSOA COM DEFICIÊNCIA que necessitam de tratamento contínuo?

Sim () Não ()

Se sim, indique quem é: _____

Tipo de doença/deficiência? _____ Tratamento? Sim () Não ()

Se sim, indique qual _____

9. BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS/ E OU PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (LEI Nº 8742/ 1993 -LOAS)

Está inscrito/a no Cadastro Único: () sim, informe o número do seu NIS: _____ () não

Indique quais benefícios você recebe: () Baixa renda luz () Baixa renda água () Programa do Leite _____

() Bolsa Família () BPC () outros: _____

¹ Para apuração da renda per capita, favor observar o que diz o Artigo 12 da Portaria Normativa nº 15/2017 do MEC, sobretudo, o que diz o parágrafo 3º desse artigo. Em situações eventuais observar o que diz os Decretos 6214/2017 e 8805/2016.

Declaro estar ciente que, se apurada e constatada a falsidade das informações prestadas, ou inidoneidade de documentos apresentados, isso implicará no cancelamento imediato do benefício concedido, em conformidade ao § 3º do Art. 15 da Lei nº 12.101/2009.

Toledo, _____ de _____ de 2021

Nome do Responsável Legal: _____

CPF: _____

Assinatura do Responsável Legal