

ANEXO C
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA RESERVA DE VAGAS E/OU SOLICITAÇÃO DE
AUXÍLIO ESTUDANTIL

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo da/o candidata/o:

CPF nº: _____ Identidade nº _____

Data nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Celular: (____) _____ () é whats? _____

Telefone fixo: (____) _____

Telefone para recados: (____) _____

E-mail (em letra de imprensa):

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

2 –SE CANDIDATA/O MENOR DE 18 ANOS:

Nome completo da/o primeira/o responsável pela/o candidata/o:

Celular: (____) _____

Nome completo da/o segunda/o responsável pela/o candidata/o:

Celular: (____) _____

3 - SOBRE O INGRESSO NO CAMPUS DO IFRS:

Qual seu Curso atual _____

Ano do ingresso: _____

1º semestre 2º semestre

Turno: manhã tarde noite

4 - DE ACORDO COM A COR DA PELE, VOCÊ SE CONSIDERA:

Amarela/o – origem asiática

Branca/o

Negra/o - () Preta/o ou () Parda/o

Indígena - Se membro de comunidade Indígena preencha os campos a seguir:

Pertenço ao Povo Indígena (identificar a Etnia): _____.

Especifique qual o nome da Terra Indígena, ou Acampamento: _____
situado no Município de _____,
no estado _____.

Outra, qual? _____

5 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

- Sim – Curso Técnico –
qual: _____
- Sim – Curso Superior –
qual: _____
- Não tenho formação anterior

6 - QUAL A SUA SITUAÇÃO DE MORADIA? (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO)

- Alugada
- Cedida – por quem? _____
- Financiada
- Na rua
- Própria
- República
- Residência Estudantil do IFRS
- Comunidade Indígena
- Comunidade Quilombola
- Comunidade Cigana
- Outra, qual? _____

7 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:

- Em área verde regularizada
- Em ocupação irregular
- Em área

8 – EM QUAL ZONA SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA:

- Zona rural
- Zona urbana

9 - VOCÊ OU ALGUÉM DE SEU GRUPO FAMILIAR TÊM (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO):

- Não há pessoas com doenças crônicas na família.
- Doença crônica – Indique a pessoa da família:

- () Diabetes
- () Hipertensão
- () Hepatite
- () Cardiopatia
- () Reumatismo
- () Outro qual: _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

Dependência química – Indique a pessoa da família: _____

- () Álcool
- () Outras drogas qual: _____
- Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

Sofrimento psíquico grave (diagnóstico de doença mental) – Indique a pessoa da família: _____

- Depressão
- Esquizofrenia
- Bipolaridade
- Outra qual: _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____
 Deficiência – Indique a pessoa da família:

- Física - qual: _____
- Mental – qual: _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____
 Síndrome – Indique a pessoa da família:

Qual: _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____
 Outra situação de saúde – Indique a pessoa da família:

Qual: _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

10-CONTEXTO EDUCACIONAL DA/O CANDIDATA/O E GRUPO FAMILIAR (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO, SE NECESSÁRIO):

- Candidata/o frequentou Escola Privada - Ensino fundamental Ensino Médio com bolsa de estudos
- Candidata/o frequentou somente Escola Pública.
- Candidata/o frequentou curso fundamental ou médio na modalidade EJA Privado (pago)
- Público (gratuito)
- Pessoa(s) do grupo familiar cursa(m) graduação com financiamento atualmente (Fies, outros...)
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 14 anos é/são analfabeta/o(s).
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 18 anos com ensino fundamental incompleto.
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 18 anos com ensino fundamental completo ou médio incompleto.
- Pessoa(s) do grupo familiar entre 4 e 17 anos fora da Escola.

11 – SOBRE O TERRITÓRIO ONDE VOCÊ E SUA FAMÍLIA MORAM, VOCÊ AVALIA COMO (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO):

- Território com alto índice de violência e/ou vulnerabilidade
- Território com serviços públicos de Educação precários
- Território com serviços públicos de Saúde precários
- Território com serviços e espaços para cultura e lazer precários
- Território com serviços de transporte público precário
- Território com infraestrutura e serviços públicos de saneamento básico e pavimentação das vias públicas precários
- Sem presença das situações acima

12 - TRANSPORTE – COMO VOCÊ IRÁ PARA A AULA?

- A pé – quantas quadras? _____
- Bicicleta
- Carona gratuita
- Carona paga
- Carro ou moto própria
- Transporte gratuito fornecido pela prefeitura
- Transporte coletivo (**dois ou mais ônibus**)
- Transporte coletivo (um ônibus)
- Transporte por empresa privada como única opção de locomoção
- Transporte por empresa privada por escolha
- Outro, qual: _____

13- DEMAIS SITUAÇÕES	SIM	NÃO
Intempéries nos últimos 12 meses		
BULLYNG		
Discriminações de gênero		
Discriminação raça/etnia		
Discriminação orientação sexual		
Discriminação de religião		
Discriminação de Idade		
Violação de direitos		
Violência doméstica		

RECEBIMENTO DE SUBSÍDIO FINANCEIRO E MATERIAL	
Particular	
Nome da pessoa da família ou outro:	Valor:
Público (Acesso a Programas e Serviços)	
CADastro ÚNICO – Nº _____	Pertencente a quem:
Bolsa Família	Valor:
Benefício de prestação Continuada (BPC)	Valor:
Acompanhamento pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Qual:
Acompanhamento pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	Qual:
Programa agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano	Valor:
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI	Valor:
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – Pronaf	Valor:
Programa Nacional de Inclusão de Jovem – Pró-jovem	Valor:
Outro	Valor:

15- RENDA FAMILIAR

- ∅ Descreva na tabela abaixo, o nome de cada pessoa/morador/a do grupo familiar, inclusive você.
- ∅ Use uma linha para cada pessoa do grupo familiar, inclusive crianças.
- ∅ Indique o parentesco que cada pessoa do grupo familiar tem com você, assim com a idade, a escolaridade, a ocupação, e a renda bruta mensal de cada uma.

1º Nome de cada pessoa do grupo familiar	Parentesco com candidata/o	Idade	Até que série/ano estudou?	Exerce ocupação remunerada?	Qual a ocupação, mesmo que não seja remunerada? (Ex: procurando emprego/ secretária/ Do lar/ estudante)	Renda bruta mensal
1	CANDIDATA/O			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
2				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
3				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
4				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
5				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
6				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
7				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
8				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
9				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
10				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
11				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
12				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
13				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$

14			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	R\$
----	--	--	--	-----

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e expressam a realidade socioeconômica do meu grupo familiar neste momento. Estou ciente de que poderão ser esclarecidas por **VISITA DOMICILIAR** e/ou **ENTREVISTA**. Informo que estou ciente de que a prestação de informação falsa provocará o cancelamento de vaga ou o indeferimento (negação) da solicitação e/ou o suspensão/cancelamento do auxílio solicitado.

DATA: ___/___/_____

Assinatura da/o candidata/o: _____

Assinatura da/o responsável legal pela/a declarante se esta/e for menor de 18 anos