## ANEXO VI

## QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA RESERVAS DE VAGAS - RENDA INFERIOR

**[Link para o formulário acessível para ser preenchido com leitor de tela](http://napne.bento.ifrs.edu.br/form-edital/socioeconomico-4/?anx=vi)**

**1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nome completo da/o candidata/o: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ É whats? ( )

Telefone fixo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone para recados: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail (em letra de imprensa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rua :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_\_Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_

**2 – SE CANDIDATA/O MENOR DE 18 (DEZOITO) 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:**

 ⃝ Processo Seletivo do IFRS

Nome do Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano do ingresso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaga concorrida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ⃝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) / Parda(o))

⃝ Outra, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Indígena - Se membra(o) 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 \_\_\_\_\_

**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:**

⃝ área verde ⃝ ocupação irregular ⃝ área regularizada

**8 – EM QUAL ZONA SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA:**

⃝ rural ⃝ urbana

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

⃝ Doença crônica – Indique a pessoa da família:

( )Diabetes - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Hipertensão -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Hepatite - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Cardiopatia -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Reumatismo - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Outra – 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 - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Outro - 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 – QUAIS SEUS PRINCIPAIS MEIOS DE LOCOMOÇÃO?**

⃝ 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 - SITUAÇÕES DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS E DISCRIMINAÇÕES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Você ou suas/seus familiares já vivenciaram estas 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 |  |  |

**14- RECEBIMENTO DE SUBSÍDIO FINANCEIRO E MATERIAL**

|  |
| --- |
| **Particular** |
| ( ) Recebo/recebemos auxílio de terceiros (familiares, amigos ou outros)Nome da pessoa que auxilia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Valor:  |
| ( ) Não recebo/recebemos auxílio financeiro de terceiros |  |
| **Público (Acesso a Programas e Serviços)** |
| Cadastro Único (CAD 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 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA/O CANDIDATA/O**

Queremos conhecer um pouco sobre você! Então, escreva o que quiser nos contar sobre sua vida, como por exemplo:

* Quem são as pessoas que moram com você;
* Explique como a sua família se mantém financeiramente;
* Quais são as dificuldades enfrentadas por você e sua família em relação à alimentação, moradia, saúde, educação, transporte, entre outros.
* Se você já sofreu algum tipo de discriminação. Exemplos: por religião, gênero, idade, orientação sexual, raça/cor/etnia?
* Se você já sofreu algum tipo de violência?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**16 - RENDA FAMILIAR**

* Descreva na tabela abaixo o nome de cada pessoa 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 como a idade, a escolaridade, a ocupação, e a renda bruta mensal de cada uma.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primeiro 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 |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 2 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 3 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 4 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 5 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 6 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 7 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 8 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 9 |  |  |  | ⃝Sim ⃝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, assim como, poderão ser solicitados documentos complementares para a conclusão da avaliação socioeconômica. 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 (dezoito) anos