

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

ANEXO C QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA RESERVAS DE VAGAS - RENDA INFERIOR

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:			
Nome completo da/o candidata/o:			
CPF nº: ic	dentidade nº		
Data nascimento:/Idade: Ce	elular: ()(_)é whats?		
Telefone fixo: ()Telefone	para recados: ()		
E-mail (em letra de imprensa):			
Endereço:	NºComplemento:		
Bairro:Cidade:	Estado:		
2 –SE CANDIDATA/O MENOR DE 18 ANOS:			
Nome completo da/o primeira/o responsável pela/o cand	lidata/o:		
	Celular: ()		
Nome completo da/o segunda/o responsável pela/o cand	lidata/o:		
	Celular: ()		
3 - SOBRE O INGRESSO NO <i>CAMPUS</i> DO IFRS:			
	○1º semestre ○2º semestre		
Qual seu Curso atual	Turno: ()manhã ()tarde ()noite		
Ano do ingresso:	Turrio. Ornamia Otarde Orione		
4 - DE ACORDO COM A COR DA PELE, VOCÊ SE CONSIDER	RA:		
Amarela/o – origem asiática	Outra, qual?		
O Branca/o	<u> </u>		
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 Acampame			
situado no Município de			
9 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?			
Sim – Curso Técnico – qual:			
Sim – Curso Superior – qual:			

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



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

Alugada	○ Comunidade Indígena
○ Cedida – por quem?	Comunidade Quilombola
○ Financiada	○ Comunidade Cigana
○ Na rua	Outra, qual?
○ Própria	
República	
Residência Estudantil do IFRS	
6 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:	
○ Em área verde ○ Em ocupação irregular	Em área regularizada
7 – EM QUAL ZONA SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA:	
◯ Zona rural Zona urbana	
8 - VOCÊ OU ALGUÉM DE SEU GRUPO FAMILIAR TÊM (MAI	RQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO):
Não há pessoas com doenças crônicas na família.	
Doença crônica – Indique a pessoa da família:	
• ()Diabetes	
()Hipertensão ()Hopatito	
()Hepatite()Cardiopatia	
()Reumatismo	
()Outro qual:	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·) 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 menta	all — Indique a nessoa da família:
 ()Depressão 	ar) – mulque a pessoa da familia
()Esquizofrenia	
()Bipolaridade	
()Outra qual:Recebe	e benefício previdenciário: Não Sim –
Valor R\$	
O Deficiência – Indique a pessoa da família:	
• ()Física - qual:	
• ()Mental – qual:	
Pocobo honofício providenciário:	
Recebe benefício previdenciário: Não O	\ Sim Valor P¢
Síndrome – Indique a pessoa da família:	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

Recebe benefício previdenciário:	○Não	○ Sim – Valor R\$
Outra situação de saúde – Indique Qual:	a pessoa da fa	amília:
Recebe benefício previdenciário:	○Não	○ Sim – Valor R\$
9-CONTEXTO EDUCACIONAL DA/O NECESSÁRIO):	CANDIDATA/C	DE GRUPO FAMILIAR (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO, SE
Candidata/o frequentou Escola Pri	ivada - 🔘 Ensir	no fundamental (Ensino Médio () com bolsa de estudos
\bigcirc Candidata/o frequentou somente	Escola Pública.	
O Candidata/o frequentou curso fun	damental ou n	nédio na modalidade EJA 🔘 Privado (pago) 🔘 Público (gratuito)
O Pessoa(s) do grupo familiar cursa((m) graduação	com financiamento atualmente (Fies, outros)
O Pessoa(s) do grupo familiar maior	(es) de 14 ano	s é/são analfabeta/o(s).
O Pessoa(s) do grupo familiar maior((es) de 18 anos	com ensino fundamental incompleto.
Pessoa(s) do grupo familiar maior	(es) de 18 ano	s com ensino fundamental completo ou médio incompleto.
Pessoa(s) do grupo familiar entre	4 e 17 anos fo	ra da Escola.
10 – SOBRE O TERRITÓRIO ONDE VO OPÇÃO SE NECESSÁRIO):	ocê e sua fai	MÍLIA MORAM, VOCÊ AVALIA COMO (MARQUE MAIS DE UMA
Território com alto índice de violê	ncia e/ou vulne	erabilidade
○ Território com serviços públicos de	e Educação pre	cários
○ Território com serviços públicos de	e Saúde precár	ios
 Território com serviços e espaços 	para cultura e l	azer precários
 Território com serviços de transpo 		
_	serviços públic	cos de saneamento básico e pavimentação das vias públicas
precários		
Sem presença das situações acima		
11 - TRANSPORTE – COMO VOCÊ IRÁ	A PARA A AULA	?
A pé – quantas quadras?		
Bicicleta		
Carona gratuita		
Carona paga		
Carro ou moto própria		
Transporte gratuito fornecido pela	•	
Transporte coletivo (dois ou mais	onibus)	
Transporte coletivo (um ônibus)	omo único ono	ão do locomoção
Transporte por empresa privada coTransporte por empresa privada p		ao de locomoção
	oi escollia	
Outro, qual:		



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

12- 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		

·				
13- RECEBIMENTO DE SUBSÍDIO FINANCEIRO E MATERIAL				
Particular				
Nome da pessoa da família ou outro:	Valor:			
Público (Acesso a Programas e Serviços)				
CADastro ÚNICO – №	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:			
() Não recebo nem acesso programa				



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

14. CARTA DE APRESENTAÇÃO DA/O CANDIDATA/O

Queremos conhecer um pouco sobre você, então nesta carta poderá escrever o que quiser nos contar sobre sua vida, como por exemplo:

- Quem são as pessoas que moram com você;
- Explicar como a 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 ou sua família já sofreu algum tipo de discriminação. Exemplos: por religião, gênero, idade, orientação sexual, raça/cor/etnia?

•	Já sofreu algum tipo de violência?	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

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			○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\$
10				○Sim ○Não		R\$
11				○Sim ○Não		R\$
12				○Sim ○Não		R\$
13				○Sim ○Não		R\$
14				○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. 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 declaran	te se esta/e for menor de 18 anos