

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

Eu _____ (nome completo da/o) _____ estudante/candidata(o),

identidade nº _____, CPF nº _____, declaro

que os dados fornecidos abaixo correspondem a minha realidade familiar e socioeconômica:

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Celular: (____) _____

Telefone fixo: (____) _____ Telefone para recados: (____) _____

E-mail (em letra de imprensa): _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

2 –SE ESTUDANTE/CANDIDATA/O MENOR DE 18 ANOS:

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

Celular: (____) _____

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

Celular: (____) _____

3 - SOBRE O INGRESSO NO CÂMPUS DO IFRS:

Qual seu Curso atual: _____

Ano do ingresso: _____ 1º semestre 2º semestre

Turno: manhã tarde noite

4- VOCÊ MORA COM QUEM? (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO)

Moro só

Pai

Mãe

Avó materna

Avô materno

Avó paterna

Avô paterno

Companheira/o

Irmãs/Irmãos, quantas/os: _____

Filhas/os, quantas/os: _____

Outras/os familiares, quais: _____

Amigas/os, quantas/os: _____

Tenho filhas/os que não moram comigo, quantas/os? _____

Outras/os, qual? _____

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

Alugada

Cedida – por quem? _____

Financiada

Na rua

Própria

República

Comunidade Indígena

Comunidade Quilombola

Comunidade Cigana

Outra, qual? _____

6 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:

Em área verde

Em ocupação irregular

Em área regularizada

7 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:

Área rural

Área urbana

8 - 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 ()Hepatite ()Reumatismo
()Hipertensão ()Cardiopatia ()Outro qual:_____
- Recebe benefício previdenciário (INSS) em relação à doença do (s) familiar (es). Valor R\$ _____
- Dependência química – Indique a pessoa da família: _____
()Álcool ()Outras drogas qual: _____
- Recebe benefício previdenciário (INSS) em relação à dependência química do (s) familiar (es). Valor R\$ _____
- Sofrimento psíquico grave (diagnóstico de doença mental) – Indique a pessoa da família: _____
()Depressão ()Bipolaridade
()Esquizofrenia ()Outra qual: _____
- Recebe benefício previdenciário (INSS) em relação ao sofrimento psíquico grave do (s) familiar (es). Valor R\$ _____
- Deficiência – Indique a pessoa da família: _____
()Física - qual: _____
()Mental – qual: _____
- Recebe benefício previdenciário (INSS) em relação à deficiência do (s) familiar (es). Valor R\$ _____
- Outra situação de saúde – Indique a pessoa da família: _____
Qual: _____
- Recebe benefício previdenciário (INSS) em relação à situação de saúde do (s) familiar (es). Valor R\$ _____

9 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

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

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

- Estudante frequentou Escola Privada
Especifique: Ensino fundamental Ensino Médio com bolsa de estudos
- Estudante frequentou somente Escola Pública.
- Estudante frequentou curso fundamental ou médio na modalidade EJA
Especifique: Privado (pago) ou 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 - TRANSPORTE – COMO VOCÊ IRÁ PARA A AULA? (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO, SE NECESSÁRIO)

A pé – quantas quadras?

Bicicleta

Carona gratuita

Carona paga

Carro ou moto própria

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: _____

12-VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA ACESSA OS SEGUINTE PROGRAMAS SOCIAIS E/OU SERVIÇOS?

Não recebo/acesso nenhum serviço ou programa

Sim, marque abaixo qual ou quais:

() Cadastro único – Nº _____

() Bolsa Família – Especifique valor R\$ _____

() Benefício de prestação Continuada (BPC) – Especifique valor R\$ _____

() 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 – Especifique valor R\$ _____

() Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI – Especifique valor R\$ _____

() Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar Pronaf – Especifique valor R\$ _____

() Programa Nacional de Inclusão de Jovem – Pró-Jovem – Especifique valor R\$ _____

() Outro, qual? _____ Especifique valor R\$ _____

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

Amarela/o – origem asiática

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

Branca/o

Outra, qual? _____

Indígena - Se membro de comunidade Indígena preencha os campos a seguir: Pertencço ao Povo Indígena (identificar a Etnia): _____.

Especifique qual o nome da Terra Indígena, ou Acampamento: _____

situado no Município de _____, no estado _____.

14. VOCÊ OU ALGUÉM DE SEU GRUPO FAMILIAR RECEBE OU PAGA:

Recebe – Pensão Alimentícia - Especifique valor: _____ Quem paga? _____

Paga – Pensão Alimentícia - Especifique valor: _____ Quem paga? _____

Recebe - Pensão por morte - Especifique valor: _____

15. A FAMÍLIA RECEBE AJUDA FINANCEIRA/MATERIAL DE PESSOA DE FORA DO GRUPO FAMILIAR

Sim – Financeira - Especifique valor: _____ Quem ajuda? _____

Sim – Material - Especifique valor: _____ Quem ajuda? _____

Não, minha família (incluindo eu) não recebe auxílio financeiro ou material.

17 - 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 estudante/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 (incluindo rendimentos informais, aposentadorias, pensões, seguro-desemprego, benefícios do INSS, etc)
1	ESTUDANTE			<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\$

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente de que poderão ser verificadas por **VISITA DOMICILIAR** e/ou **ENTREVISTA**. Informo que estou ciente de que a prestação de informação falsa provocará o indeferimento (negação) da solicitação e/ou o cancelamento do auxílio solicitado.

DATA: ___/___/_____ Assinatura da/o estudante/candidata/o: _____

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