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

⃝ Amarela/o – origem asiática

⃝ Branca/o

⃝ Negra/o - ( )Preta/o ou ( )Parda/o

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

⃝ 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 \_\_\_\_\_\_.

# **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 – 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

# **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 (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** – 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$\_\_\_\_\_\_\_ |

# **10 – VOCÊ POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?**

⃝ Sim – Curso Técnico – qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Sim – Curso Superior – qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Não tenho formação anterior.

# **11 - 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.

# **12 - 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **13-VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA ACESSA OS SEGUINTES 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$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **14. VOCÊ OU ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA RECEBE OU PAGA:**

⃝ Recebe – Pensão Alimentícia - Especifique valor: \_\_\_\_\_\_\_\_ Quem recebe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Paga – Pensão Alimentícia - Especifique valor: \_\_\_\_\_\_\_\_ Quem paga? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Recebe - Pensão por morte - Especifique valor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quem recebe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15- 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 |  |  |

|  |
| --- |
| **16- 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:  |
| ( ) Não recebo nem acesso programa |

# **17. CARTA DE APRESENTAÇÃO DA/O ESTUDANTE/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?

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

# **18 - 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 |  |  | ⃝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$ |

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