# ANEXO IV

**SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

# Questionário Socioeconômico e a Declaração de Situação Ocupacional e Financeira

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

Eu, , CPF nº , comprometo-me a fornecer os elementos necessários ao andamento do processo, ciente de que a documentação passará por avaliação socioeconômica, podendo ser negada se não atender aos critérios descritos no edital. Assim, declaro que os dados fornecidos abaixo correspondem à realidade socioeconômica do meu grupo familiar.

# DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo do Candidato:

Data nascimento: / / Idade: Naturalidade:

Telefone fixo: ( ) Celular: ( )

E- mail:

Endereço Atual: Nº

Complemento: Bairro:

Cidade: Estado:

Nome completo do responsável (se candidato menor de 18 anos):

Último endereço:



**IDENTIDADE ÉTNICO-RACIAL**

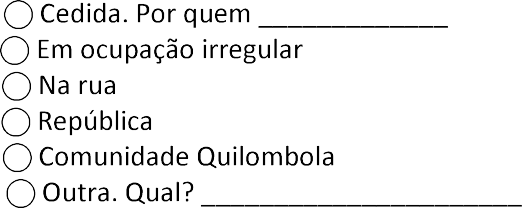
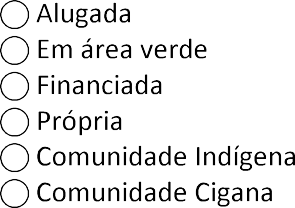
Amarela origem asiática Branco

Indígena Pardo Preto

Outra. Qual?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS GRUPO FAMILIAR** | | | | | | |
| **1º Nome** | **Vínculo (ex. pai)** | **Idade** | Escolaridad e² | **Ocupação** | **Renda bruta mensal** | **Declara imposto de renda?** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

² Até que ano escolar estudou

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



**TRANSPORTE COMO VOCÊ IRÁ PARA A AULA?**

A pé  

Carona paga Especifique o valor diário R$ Carro ou moto própria

Transporte coletivo (duas ou mais linhas de ônibus) Valor diário R$ \_ Transporte coletivo (um ônibus) Valor diário R$

Transporte por empresa privada como única opção de locomoção Valor diário R$

Transporte por empresa privada por escolha Valor diário R$ \_ Outro. Qual: Valor diário R$



**TERRITÓRIO QUANTO AO TERRITÓRIO, VOCÊ: (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE FOR NECESSÁRIO)**

Reside na área rural

Tem ou teve necessidade de mudança para estudar Reside em outra cidade

Pertence a território com alto índice de violência e/ou vulnerabilidade (ver ibge)

Pertence a território com infraestrutura e serviços públicos precários (política de educação)

Pertence a território com infraestrutura e serviços públicos precários (política de saúde)

Pertence a território com infraestrutura e serviços públicos precários (espaços para lazer)



Pertence a território com infraestrutura e serviços públicos precários (transporte público)

 Pertence a território com infraestrutura e serviços públicos precários (saneamento básico e pavimentação das vias públicas)



**CONTEXTO EDUCACIONAL**

Estudante frequentou somente Escola Pública.

Estudante finalizou ensino fundamental ou médio da modalidade EJA (Educação para Jovens e Adultos).

Membro (s) da residência cursa(m) graduação com financiamento atualmente (Fies, outros...)

Membro (s) da residência maior (es) de 14 anos é/são analfabeto (s).

Membro (s) da residência maior (es) de 18 anos com ensino fundamental incompleto.

Membro (s) da residência maior (es) de 18 anos com ensino fundamental completo ou médio incompleto.

 Membro (s) da residência entre 4 e 17 anos fora da Escola

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SITUAÇÃO DE SAÚDE:** | | | |
| **Você ou algum membro de sua família possuem:** | **Quem** | **Qual/Quando** | **Marque se houver recebimento de benefício previdenciário** |
| Doença Crônica |  |  |  |
| Dependência Química |  |  |  |
| Sofrimento Psíquico grave |  |  |  |
| Deficiência |  |  |  |
| Síndrome |  |  |  |
| Outra situação de saúde |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 | Qual: |
| 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 |  |



**DISCRIMINAÇÃO QUANTO AS QUESTÕES DE DISCRIMINAÇÃO, VOCÊ JÁ**

Sofreu bullyng Discriminações de gênero Discriminação de raça/etnia

Discriminação de orientação sexual Discriminação de religião Discriminação de idade

Violação de direitos Violência doméstica

|  |
| --- |
| **CARTA DE APRESENTAÇÃO** |
| Queremos conhecer um pouco sobre você, então nesta carta poderá escrever o que quiser, nos contar sobre sua vida, por exemplo: quem são as pessoas que moram com você; quem trabalha e sustenta a família; como foi sua vida escolar até o momento; quais são as dificuldades enfrentadas por você e sua família em relação à: alimentação, moradia, saúde, educação, transporte entre outros. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

, de de 201 .

Assinatura do Candidato (a) ou Responsável legal

# DECLARAÇÃO MÚLTIPLA - SITUAÇÃO OCUPACIONAL E FINANCEIRA

(estudante e familiares com 14 anos ou mais devem preencher esta declaração)



Eu,

idade: , RG , CPF: , declaro sob as penas das Leis Civil e Penal, que me encontro na seguinte situação ocupacional e financeira:

 Trabalhador(a) autônomo(a) ou informal, sem contribuição com o INSS, com renda mensal de R$ ;

 Trabalhador(a) autônomo(a) ou informal, contribuindo com o INSS, com renda mensal de R$ ;

Trabalhador(a) desempregado(a), há quanto tempo? ;



Trabalhador(a) em licença saúde Perícia: ( )agendada ( ) deferida ( )indeferida ( ) Em processo Judicial;

Trabalhador Aposentado(a) por invalidez; Trabalhador(a) do lar, sem remuneração; Trabalhador(a) com Carteira assinada CLT;

Trabalhador Idoso (60 anos ou mais) ( ) aposentado ( ) sem aposentadoria ( )com BPC; Servidor(a) Público(a) ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal;

Pessoa com deficiência (PCD) - ( )trabalho ( )recebo BPC ( )sem BPC ( )solicitando BPC ( ) não sei o que é BPC;

Pensionista - pensão por morte de: ( )cônjuge ( ) pai ( )mãe;



Estudante - ( )sem remuneração ( )bolsista R$: ( )estagiário R$: (

)c/auxílio estudantil ( )Jovem aprendiz.

Empresário(a);



Microempreendedor Individual (MEI);

Outra situação, qual: \_ Descreva sua profissão/ocupação:

# Possui Carteira de Trabalho?

Sim Não



Não tenho acesso a ela neste momento pois

# Sobre Pensão Alimentícia:

Recebo pensão alimentícia, no valor de R$ por mês. Não recebo pensão alimentícia.



Pago pensão alimentícia no valor de R$ por mês, para (indique quem recebe) parentesco:

/ /

Assinatura do(a) declarante