



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: _____, identidade nº _____

Data nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Celular: (____) _____ (____) é whats?

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

E-mail (em letra de imprensa): _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

2 – SE CANDIDATA/O MENOR DE 18 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:

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

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

Branca/o

Outra, qual? _____

Indígena - Se membro de comunidade Indígena preencha os campos a seguir:

Pertença ao Povo Indígena (identificar a Etnia): _____.

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

situado no Município de _____, no estado _____.

9 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

Sim – Curso Técnico – qual: _____

Sim – Curso Superior – qual: _____

Não tenho formação anterior

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

Alugada

Na rua

Cedida – por quem? _____

Própria

Financiada

República



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

- Residência Estudantil do IFRS Outra, qual? _____
- Comunidade Indígena
- Comunidade Quilombola
- Comunidade Cigana

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 (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: 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

() Outra 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: _____



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\$ _____

9-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.

10 – 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

11 - TRANSPORTE – COMO VOCÊ IRÁ PARA A AULA?

- 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: _____

12- DEMAIS SITUAÇÕES	SIM	NÃO



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

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 – 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



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			<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\$
13				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
14				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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 declarante se esta/e for menor de 18 anos