



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**

<b>Particular</b>	
Nome da pessoa da família ou outro:	Valor:
<b>Público (Acesso a Programas e Serviços)</b>	
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