



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

ANEXO D QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo da/o estudante: _____,

CPF nº: _____, identidade nº _____.

Data nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Celular: (____) _____ Telefone fixo: (____) _____

E-mail: _____

Endereço: _____, Nº _____

Complemento: _____, Bairro: _____

Cidade: _____, Estado: _____

2 - SE ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS:

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

Celular: (____) _____

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

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

Branca/o

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

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 _____.

Outra. Qual? _____.



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

5 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Própria | <input type="checkbox"/> Residência Estudantil do IFRS |
| <input type="checkbox"/> Alugada | <input type="checkbox"/> Comunidade Indígena |
| <input type="checkbox"/> Cedida - Por quem? _____ | <input type="checkbox"/> Comunidade Quilombola |
| <input type="checkbox"/> Financiada | <input type="checkbox"/> Comunidade Cigana |
| <input type="checkbox"/> República | <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Na rua | _____ |

7 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:

- Em área regularizada Em ocupação irregular Em área verde

8 – EM QUAL ZONA SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA:

- Zona rural Zona urbana

9 - 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 (um ônibus)
- Transporte coletivo (dois ou mais ônibus)
- Transporte por empresa privada como única opção de locomoção
- Transporte por empresa privada por escolha
- Outro. Qual? _____

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



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

- 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 - VOCÊ OU ALGUÉM DE SEU GRUPO FAMILIAR TÊM (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO):

Doença crônica – Indique a pessoa da família: _____

- () Diabetes () Hipertensão
() Hepatite () Cardiopatia
() Reumatismo () Outro. Qual? _____

Recebe benefício previdenciário: () Não () Sim – Valor R\$ _____

Não há pessoas com doenças crônicas na família.

Dependência química – Indique a pessoa da família: _____

- () Álcool () Outras drogas. Qual? _____

Recebe benefício previdenciário: () Não () Sim – Valor R\$ _____

Não há pessoas com dependência química na família.

Sofrimento psíquico grave (diagnóstico de doença mental) – Indique a pessoa da família: _____

- () Depressão () Esquizofrenia
() Bipolaridade () Outra. Qual? _____

Recebe benefício previdenciário: () Não () Sim – Valor R\$ _____

Não há pessoas com sofrimento psíquico grave na família.

Deficiência – Indique a pessoa da família: _____

- () Física - qual? _____
() Mental – qual? _____

Recebe benefício previdenciário: () Não () Sim – Valor R\$ _____

Não há pessoas com deficiência na família.

Síndrome – Indique a pessoa da família: _____

Qual? _____

Recebe benefício previdenciário: () Não () Sim – Valor R\$ _____

Não há pessoas com síndrome na família.

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\$ _____

[] Não há outras situações.

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

[] Estudante frequentou Escola Privada: () Ensino fundamental

() Ensino Médio

() Com bolsa de estudos

[] Estudante frequentou somente Escola Pública

[] Estudante frequentou curso fundamental ou médio na modalidade EJA:

() Privado (pago) () Público (gratuito)

[] Pessoa(s) do grupo familiar cursa(m) graduação com financiamento atualmente
(Fies, entre 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 04 e 17 anos fora da Escola

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/Auxílio Brasil

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:



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

4				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
5				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
6				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
7				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
8				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
9				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
10				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
11				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		R\$
12				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 a suspensão/cancelamento do auxílio solicitado.

DATA: ____/____/____

Assinatura da/o estudante

Assinatura da/o responsável legal pela/o estudante, se esta/e for menor de 18 anos