



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Restinga
Rua Alberto Hoffmann, 285 – Restinga – Porto Alegre/RS – CEP 91.791-508
Telefone: (51) 3247.8400 – www.restinga.ifrs.edu.br – E-mail: assistencia.estudantil@restinga.ifrs.edu.br

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- VOCÊ MORA COM QUEM? (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Moro só | <input type="radio"/> Irmãs/Irmãos, quantas/os: _____ |
| <input type="radio"/> Pai | <input type="radio"/> Filhas/os, quantas/os: _____ |
| <input type="radio"/> Mãe | <input type="radio"/> Outras/os familiares, quais: _____ |
| <input type="radio"/> Avó materna | <input type="radio"/> Amigas/os, quantas/os: _____ |
| <input type="radio"/> Avô materno | <input type="radio"/> Tenho filhas/os que não moram comigo, quantas/os? _____ |
| <input type="radio"/> Avó paterna | <input type="radio"/> Outras/os, qual? _____ |
| <input type="radio"/> Avô paterno | |
| <input type="radio"/> Companheira/o | |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Alugada | <input type="radio"/> Própria |
| <input type="radio"/> Cedida – por quem? _____ | <input type="radio"/> República |
| <input type="radio"/> Financiada | <input type="radio"/> Comunidade Indígena |
| <input type="radio"/> Na rua | <input type="radio"/> Comunidade Quilombola |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Restinga
Rua Alberto Hoffmann, 285 – Restinga – Porto Alegre/RS – CEP 91.791-508
Telefone: (51) 3247.8400 – www.restinga.ifrs.edu.br – E-mail: assistencia.estudantil@restinga.ifrs.edu.br

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 - 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 () Cardiopatia () Outro qual: _____
() Hipertensão () Reumatismo
() Hepatite

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 () Outra qual: _____
() Esquizofrenia
() Bipolaridade

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: _____

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



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Restinga
Rua Alberto Hoffmann, 285 – Restinga – Porto Alegre/RS – CEP 91.791-508
Telefone: (51) 3247.8400 – www.restinga.ifrs.edu.br – E-mail: assistencia.estudantil@restinga.ifrs.edu.br

9 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

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

10 - CONTEXTO EDUCACIONAL DA/O ESTUDANTE E GRUPO FAMILIAR

- 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, outros...)
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 14 anos é/são analfabeto(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.

11 - TRANSPORTE – COMO VOCÊ IRÁ PARA A AULA?

- A pé – quantas quadras? _____
- Bicicleta
- Carona gratuita
- Carona paga
- Carro ou moto própria
- Transporte coletivo (um ônibus)
- Transporte por empresa privada como única opção de locomoção
- Transporte por empresa privada por escolha
- Outro, qual: _____
- Transporte coletivo (**dois ou mais ônibus**)

12-VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA ACESSA OS SEGUINTE 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\$ _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Restinga
Rua Alberto Hoffmann, 285 – Restinga – Porto Alegre/RS – CEP 91.791-508
Telefone: (51) 3247.8400 – www.restinga.ifrs.edu.br – E-mail: assistencia.estudantil@restinga.ifrs.edu.br

16 - 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
1	ESTUDANTE			<input checked="" type="radio"/> Não		
2				<input checked="" type="radio"/> Não		
3				<input checked="" type="radio"/> Não		
4				<input checked="" type="radio"/> Não		
5				<input checked="" type="radio"/> Não		
6				<input checked="" type="radio"/> Não		
7				<input checked="" type="radio"/> Não		
8				<input checked="" type="radio"/> Não		
9				<input checked="" type="radio"/> Não		
10				<input checked="" type="radio"/> Não		
11				<input checked="" type="radio"/> Não		

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: ___/___/_____
estudante/candidata/o: _____

Assinatura da/o

Assinatura da/o responsável legal pela/a declarante se esta/e for menor de 18 anos