



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,<br>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"/> República             |
| <input type="radio"/> Cedida – por quem? _____ | <input type="radio"/> Comunidade Indígena   |
| <input type="radio"/> Financiada               | <input type="radio"/> Comunidade Quilombola |
| <input type="radio"/> Na rua                   | <input type="radio"/> Comunidade Cigana     |
| <input type="radio"/> Própria                  | <input type="radio"/> Outra, qual? _____    |



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

**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

⇒ ( ) Hepatite

⇒ ( ) Reumatismo

⇒ ( ) Hipertensão

⇒ ( ) Cardiopatia

⇒ ( ) 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

⇒ ( ) Bipolaridade

⇒ ( ) Esquizofrenia

⇒ ( ) 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: \_\_\_\_\_

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

**9 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?**

Sim – Curso Técnico – qual: \_\_\_\_\_

Sim – Curso Superior – qual: \_\_\_\_\_

Não tenho formação anterior



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

#### 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 (**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-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\$ \_\_\_\_\_
- ⇒ ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_ Especifique valor R\$ \_\_\_\_\_

#### 13 - DE ACORDO COM A COR DA PELE, VOCÊ SE CONSIDERA:

- Amarela/o – origem asiática
- Branca/o
- Indígena - Se membro de comunidade Indígena preencha os campos a seguir: Pertencço ao Povo Indígena (identificar a Etnia): \_\_\_\_\_. Especifique qual o nome da Terra Indígena, ou Acampamento: \_\_\_\_\_ situado no Município de \_\_\_\_\_, no estado \_\_\_\_\_.
- Negra/o - ( ) Preta/o ou ( ) Parda/o
- Outra, qual? \_\_\_\_\_





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 type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
2				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
3				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
4				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
5				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
6				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
7				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
8				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
9				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
10				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
11				<input type="radio"/> Sim <input 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura da/o estudante/candidata/o: \_\_\_\_\_

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