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)

◯Moro só
◯Pai
◯Mãe
◯Avó materna
◯Avô materno
◯Avó paterna
◯Avô paterno
◯Companheira/o
◯Irmãs/Irmãos, quantas/os: _____
◯Filhas/os, quantas/os: _____
◯Outras/os familiares, quais: _____
◯Amigas/os, quantas/os: _____
◯ Tenho filhas/os que não moram comigo, quantas/os? _____
◯Outras/os, qual? _____

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

◯Alugada
◯Cedida – por quem?_____
◯Financiada
◯Na rua
◯Própria
◯República
◯Comunidade Indígena
◯Comunidade Quilombola

◯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$_____

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 – 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

12 - 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: _____

13-VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA ACESSA OS SEGUINTES 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$ _____

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

◯Amarela/o – origem asiática ◯Outra, qual?_____

◯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 _____.

15 - A FAMÍLIA RECEBE AJUDA FINANCEIRA/MATERIAL DE PESSOA DE FORA DO GRUPO FAMILIAR

◯Sim – Financeira Especifique valor: _____ Quem ajuda? _____

◯Sim – Material Especifique valor:_____ Quem ajuda? _____

◯Não, minha família (incluindo eu) não recebe auxílio financeiro ou material.

16. CARTA DE APRESENTAÇÃO DA/O ESTUDANTE/CANDIDATA/O

Queremos conhecer um pouco sobre você, então nesta carta poderá escrever o que quiser nos contar sobre sua vida, como por exemplo:

- Quem são as pessoas que moram com você;
- Explicar como a família se mantém financeiramente;
- Quais são as dificuldades enfrentadas por você e sua família em relação à: alimentação, moradia, saúde, educação, transporte entre outros.
- Se você ou sua família já sofreu algum tipo de discriminação. Exemplos: por religião, gênero, idade, orientação sexual, raça/cor/etnia, já sofreu algum tipo de violência?

17 - 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			Sim Não		
2				Sim Não		
3				Sim Não		
4				Sim Não		
5				Sim Não		
6				Sim Não		
7				Sim Não		
8				Sim Não		
9				Sim 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