

EDITAL INTERNO Nº 039/2018 -  
PROGRAMA DE BENEFÍCIOS ESTUDANTIS 2019

## **ANEXO A – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

A documentação deverá ser entregue na Coordenação de Assistência Estudantil (CAE) – Sala 105 juntamente com os demais anexos. Não serão aceitas entregas após o prazo constante no Edital Interno Nº 039/2018 e poderão ser solicitadas novas documentações comprobatórias, caso a equipe técnica avalie ser necessário.

- a) Cópia dos documentos de identidade do estudante e de todos os membros do grupo familiar (residentes da mesma moradia) ou das certidões de nascimento daqueles que não possuem este documento.
- b) Comprovante da Situação Cadastral do CPF do estudante (emitido no site da Receita Federal) ou o próprio CPF impresso
- c) Cópia da certidão de casamento ou união estável dos mantenedores do orçamento familiar, se houver.
- d) Cópia do comprovante de residência (luz, água, telefone);
- e) Atestado de Matrícula (através do Sistema de Informações Acadêmicas – SIA, acessado no site: [www.riogrande.ifrs.edu.br](http://www.riogrande.ifrs.edu.br) ou na Secretaria);
- f) Comprovações de Renda de todos que possuem algum tipo de renda (**todos os membros da família maiores de 18 anos devem apresentar a renda, se caso não possuem renda devem preencher o ANEXO C de acordo com a sua situação**)
  - cópia do último contracheque;
  - cópia da página de identificação frente e verso e do último contrato de trabalho da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;
  - recibo de pagamento de serviços prestados; declaração de autônomo e trabalhadores em atividades informais, biscoites (disponível no ANEXO C, assinada pela própria pessoa);
  - cópia de extrato de rendimentos referentes à aposentadoria, auxílio-doença, pensão, pecúlio, auxílio reclusão, seguro-desemprego e previdência privada;
  - declaração da pessoa que lhe dispensa ajuda financeira (pagamento de despesas com escola e outras, contendo: nome, endereço, telefone, valor concedido e finalidade), se for o caso.
    - Caso beneficiado por alguma bolsa trabalho (estágio), anexar cópia do contrato.
    - Cópia do comprovante do valor da pensão alimentícia, se houver (Declaração no ANEXO E);
    - Cópia de comprovante de benefícios concedidos por programas sociais, se for o caso (exemplo: Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada - BPC);
- g) no caso do estudante ou familiar estar desempregado, preencher e entregar ANEXO C juntamente com cópia da página de identificação frente e verso e do último contrato de trabalho mais a página seguinte em branco da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;
- h) No caso de algum membro da família ser “Do Lar”, entregar cópia da Carteira de Trabalho e preencher ANEXO C
- i) Cópia da última declaração do Imposto de Renda E Recibo, se for declarante;
- j) Cópia do cartão bancário (frente e verso) de conta corrente ou poupança (demais modalidades de contas como conta salário, por exemplo, não serão aceitas) no nome do estudante, juntamente com cópia de um extrato bancário da mesma conta, emitido até 30 (trinta) dias antes da data da entrega da documentação.

EDITAL INTERNO Nº 039/2019 -  
PROGRAMA DE BENEFÍCIOS ESTUDANTIS 2019

**ANEXO B – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA (obrigatório)**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu (estudante), \_\_\_\_\_, identidade nº (estudante) \_\_\_\_\_, CPF (estudante) \_\_\_\_\_ venho requerer ao IFRS – Campus Rio Grande a concessão de Benefício Estudantil conforme o Edital Nº 039/2018 comprometendo-me a fornecer os elementos necessários ao andamento do processo, ciente de que:

- A falta da documentação solicitada;
- a verificação de omissão, logro ou não veracidade nas informações, e;
- o não cumprimento dos prazos estabelecidos acarretará no indeferimento (negação) da solicitação.

( ) Declaro que os dados fornecidos abaixo correspondem a minha realidade familiar e socioeconômica e que estou ciente que poderão ser verificadas por VISITA DOMICILIAR e/ou ENTREVISTA.

**SOLICITAÇÃO DE: AUXÍLIO PERMANÊNCIA ( )**

**AUXÍLIO MORADIA ( )**

Data: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO ESTUDANTE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome completo do estudante: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nº de Matrícula: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Modalidade: ( ) Integrado ( ) Subsequente ( ) PROEJA ( ) Superior ( ) Licenciatura

Ano ou Semestre que está cursando: \_\_\_\_\_

Turno de aula: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Telefone: \_\_\_\_\_ Telefone para recados: \_\_\_\_\_

Email (obrigatório): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**DE ACORDO COM A CATEGORIA USADA PELO IBGE QUANTO À COR DA PELE, VOCÊ SE CONSIDERA:**

- ( ) Amarelo – origem asiática ( ) Negro/Preto  
( ) Branco ( ) Pardo  
( ) Indígena ( ) Outra, qual? \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL**

- ( ) Casado(a) legalmente ( ) Separado(a) legalmente ( ) Viúvo(a)  
( ) União estável sem registro ( ) Divorciado(a) ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_  
( ) União estável com registro ( ) Solteiro (a)  
( ) Separado(a)

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

- ( ) Moro só ( ) Companheiro(a)  
( ) Pai ( ) Irmãos, quantos: \_\_\_\_\_  
( ) Mãe ( ) Filhos, quantos: \_\_\_\_\_  
( ) Avó materna ( ) Outros parentes, quantos: \_\_\_\_\_  
( ) Avô materno ( ) Amigos, quantos: \_\_\_\_\_  
( ) Avó paterna ( ) Tenho filhos que não moram comigo, quantos: \_\_\_\_\_  
( ) Avô paterno

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

- ( ) Alugada, valor: \_\_\_\_\_ ( ) Própria  
( ) Cedida, por quem? \_\_\_\_\_ ( ) República/Pensão  
( ) Financiada, valor: \_\_\_\_\_  
( ) Na rua

**SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM: (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO)**

- ( ) Área urbana ( ) Em ocupação irregular  
( ) Área rural ( ) Em área verde

**A FAMÍLIA OU ESTUDANTE RECEBE AJUDA FINANCEIRA/MATERIAL DE PESSOA QUE NÃO RESIDE NO MESMO DOMICÍLIO?**

- ( ) Sim – Financeira, valor: \_\_\_\_\_ Quem ajuda? \_\_\_\_\_  
( ) Sim – Material, especifique: \_\_\_\_\_ Quem ajuda? \_\_\_\_\_  
( ) Não

**TRANSPORTE/COMO VOCÊ SE DESLOCA ATÉ O CÂMPUS?**

- ( ) A pé  
( ) Bicicleta  
( ) Transporte coletivo (1 ônibus) – Valor gasto mensal: \_\_\_\_\_  
( ) Transporte Coletivo (2 ou mais ônibus) – Valor gasto mensal: \_\_\_\_\_  
( ) Carona  
( ) Veículo próprio do estudante  
( ) Veículo da família  
( ) Transporte locado (escolar) – Valor gasto mensal: \_\_\_\_\_  
( ) Lancha  
( ) Outro, qual: \_\_\_\_\_

## PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO

- Alguém da família recebe algum tipo de benefício social? ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) Cadastro Único – Nº \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
- ( ) Bolsa Família, valor: \_\_\_\_\_
- ( ) Benefício de Prestação Continuada – BPC (LOAS), valor: \_\_\_\_\_
- ( ) Outro. Qual e valor? \_\_\_\_\_

### COM RELAÇÃO À SAÚDE:

Você e sua família:

- ( ) usuário do SUS (Sistema Único de Saúde)
- ( ) procura serviços particulares quando necessário
- ( ) dispõe de plano de saúde – de empresa/grupo – Valor descontado: \_\_\_\_\_
- ( ) dispõe de plano de saúde – familiar/ individual – Valor: \_\_\_\_\_

Você ou algum membro da família possui alguma doença crônica e que necessita tratamento contínuo?

- ( ) Sim, quem? \_\_\_\_\_ Doença: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

Recebe benefício previdenciário, auxílio doença? ( ) Não ( ) Sim, valor: \_\_\_\_\_

Você ou algum membro da família tem dependência química?

- ( ) Sim, quem? \_\_\_\_\_ ( ) Álcool ( ) Outra droga, qual: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

Recebe benefício previdenciário, auxílio doença? ( ) Não ( ) Sim, valor: \_\_\_\_\_

Você ou algum membro da família tem diagnóstico de doença mental/sofrimento psíquico grave?

- ( ) Sim, quem? \_\_\_\_\_ Qual doença: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

Recebe benefício previdenciário, auxílio doença? ( ) Não ( ) Sim, valor: \_\_\_\_\_

### RENDA FAMILIAR

Qual pessoa da família é o principal responsável pelo sustento familiar?

- ( ) Próprio aluno ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Companheiro(a) ( ) Outra pessoa, quem? \_\_\_\_\_

A renda principal é proveniente de:

- ( ) Trabalho formal (carteira assinada ou serviço público)
- ( ) Trabalho autônomo/informal
- ( ) Aposentadoria
- ( ) Pensão
- ( ) Outros rendimentos, quais? \_\_\_\_\_

O estudante recebe Pensão Alimentícia? ( ) Não ( ) Sim - Valor: \_\_\_\_\_

### O ESTUDANTE POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

- ( ) Curso Técnico - Qual? \_\_\_\_\_
- ( ) Curso Superior - Qual? \_\_\_\_\_
- ( ) Não tenho formação anterior



EDITAL INTERNO Nº 039/2018 - PROGRAMA DE BENEFÍCIOS ESTUDANTIS 2019

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO OCUPACIONAL**

Eu, \_\_\_\_\_,

Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro sob as penas das Leis Civil e Penal, que me encontro na seguinte situação ocupacional (marcar apenas uma alternativa):

Trabalhador autônomo ou informal, exercendo a atividade de \_\_\_\_\_ com renda mensal aproximada de R\$ \_\_\_\_\_

Trabalhador do lar, sem remuneração

Estudante, sem remuneração

Trabalhador desempregado, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Aposentado - ( ) por tempo/idade ( ) por invalidez

Trabalhador/a em **licença saúde** – Perícia: ( ) agendada ( ) deferida ( ) indeferida ( ) Em processo Judicial

Trabalhador/a com Carteira assinada – **CLT**

Servidor/a Pública/o – ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

Idosa/o (60 anos ou mais) – ( ) sem aposentadoria ( ) com BPC ( ) não sei o que é BPC

Pessoa com deficiência (**PCD**) - ( ) trabalho ( ) recebo BPC ( ) sem BPC ( ) solicitando BPC ( ) não sei o que é BPC

Pensionista - pensão por morte de: ( ) cônjuge ( ) pai ( ) mãe

Estudante - ( ) sem remuneração ( ) bolsista R\$: \_\_\_\_\_ ( ) estagiário R\$: \_\_\_\_\_ ( ) auxílio estudantil ( ) Jovem aprendiz

Empresária/o com renda mensal de R\$ \_\_\_\_\_

Microempreendedor/a Individual (MEI), com renda mensal de R\$ \_\_\_\_\_

Outra situação, qual: \_\_\_\_\_

Descreva sua profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente ao Câmpus Rio Grande do IFRS, a alteração dessa situação, apresentado documentação comprobatória.

Rio Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

EDITAL INTERNO Nº 039/2018 - PROGRAMA DE BENEFÍCIOS ESTUDANTIS 2019

**ANEXO D – DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO (OU NÃO) E PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro sob as  
penas das Leis Civil e Penal, que:

- ( ) Recebo pensão alimentícia, no valor de R\$ \_\_\_\_\_ por mês.  
( ) Não recebo pensão alimentícia.  
( ) Pago pensão alimentícia no valor de R\$ \_\_\_\_\_ por mês, para (indique quem  
recebe) \_\_\_\_\_

Rio Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Declarante**

**Observação:** esta declaração deve ser preenchida por todos os membros da família, menores de 25 anos de idade, que são filhos de pais separados ou solteiros e que moram na mesma residência do estudante, incluindo o próprio estudante, se for o caso. Também devem preencher esta declaração os membros da família separados ou divorciados, de acordo com o Art. 1.694 do Código Civil.

