# ANEXO II

# QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA RESERVAS DE VAGAS - RENDA INFERIOR

# 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo da/o candidata/o: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data nascimento:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_)é whats?

Telefone fixo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone para recados: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail (em letra de imprensa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_\_Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 2 –SE CANDIDATA/O MENOR DE 18 ANOS:

Nome completo da/o primeira/o responsável pela/o candidata/o:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo da/o segunda/o responsável pela/o candidata/o:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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

⃝ Outra, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ 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 \_\_\_\_\_\_.

# 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)

⃝ Alugada

⃝ Cedida – por quem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Financiada

⃝ Na rua

⃝ Própria

⃝ República

⃝ Residência Estudantil do IFRS

⃝ Comunidade Indígena

⃝ Comunidade Quilombola

⃝ Comunidade Cigana

⃝ Outra, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 7 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:

⃝ Em área verde ⃝ Em ocupação irregular ⃝ Em área regularizada

# 8 – EM QUAL ZONA SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA:

⃝ Zona rural ⃝ Zona urbana

# 9 - 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
* ( )Hipertensão
* ( )Hepatite
* ( )Cardiopatia
* ( )Reumatismo
* ( )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
* ( )Esquizofrenia
* ( )Bipolaridade
* ( )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$\_\_\_\_\_\_\_\_

# 10-CONTEXTO EDUCACIONAL DA/O CANDIDATA/O E GRUPO FAMILIAR ( MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO, SE NECESSÁRIO):

⃝ Candidata/o frequentou Escola Privada - ⃝Ensino fundamental ⃝ Ensino Médio ⃝ com bolsa de estudos

⃝ Candidata/o frequentou somente Escola Pública.

⃝ Candidata/o 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 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 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 gratuito fornecido pela prefeitura

⃝ 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- DEMAIS SITUAÇÕES | SIM | NÃO |
| Intempéries nos últimos 12 meses |  |  |
| BULLYNG |  |  |
| Discriminações de gênero |  |  |
| Discriminação raça/etnia |  |  |
| Discriminação orientação sexual |  |  |
| Discriminação de religião |  |  |
| Discriminação de Idade |  |  |
| Violação de direitos |  |  |
| Violência doméstica |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **14- 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 | 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: |
| Programa Nacional de Inclusão de Jovem – Pró-jovem | Valor: |
| Outro | Valor: |
| ( ) Não recebo nem acesso programa | |

# 15. CARTA DE APRESENTAÇÃO DA/O 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?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# 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 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 | CANDIDATA/O |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 2 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 3 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 4 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 5 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 6 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 7 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 8 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 9 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 10 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 11 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 12 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 13 |  |  |  | ⃝Sim ⃝Não |  | R$ |
| 14 |  |  |  | ⃝Sim ⃝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 o suspensão/cancelamento do auxílio solicitado.

DATA:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da/o candidata/o:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# ANEXO II- A - DECLARAÇÃO MÚLTIPLA

(candidata/o e familiares com 14 anos ou mais devem preencher esta declaração)

⃝ CANDIDATA/O ⃝ FAMILIAR (Ex.: mãe, irmã/o):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro sob as penas das Leis Civil e Penal, para fins de auxílio estudantil e/ou reserva de vagas da/o candidata/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que me encontro na seguinte situação ocupacional e financeira:

⃝ Trabalhador/a  **autônomo**/a ou informal, **sem** **contribuição com o INSS**, com renda mensal de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Trabalhador/a **autônomo/**a ou informal, **contribuindo com o INSS**, com renda mensal de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Trabalhador/a **desempregada/o**, há quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Recebendo seguro desemprego? ( )sim ( ) não

⃝ Trabalhador/a **desempregada/o**, procurando o **1º emprego**.

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

⃝ Trabalhador/a Aposentada/a – ( ) por tempo/idade ( ) por invalidez

⃝ Trabalhador/a do lar, sem remuneração.

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

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

⃝ Agricultor/a e/ou pecuarista

⃝ 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

⃝ Candidata/o- ( )sem remuneração ( )bolsista R$:\_\_\_\_\_\_ ( )estagiário R$:\_\_\_\_\_\_ ( )c/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:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Você declara Imposto de Renda?**

⃝ **Sim ( Entregar cópia)** ⃝ Não

**Você possui Conta bancária?** (A Conta bancária da/o candidata/o confeccionada para recebimento do auxílio estudantil na 1ª solicitação não deve ser levada em consideração para esta questão)

⃝ Conta corrente/salário

⃝ Conta poupança

⃝ Não possuo nenhum tipo de conta bancária

Continua →→→→

**Qual sua escolaridade?**

⃝ Não alfabetizada/o

⃝ Fundamental

( )completo - feito na modalidade EJA? [ ] sim [ ] não

( ) incompleto – até qual série você estudou? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Médio completo

( )completo - feito na modalidade EJA? [ ] sim [ ] não

( ) incompleto – até qual série você estudou? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Cursando o ensino fundamental :

( ) modalidade EJA

⃝ Cursando o ensino médio

( ) modalidade EJA

⃝ Cursando o ensino superior:

( ) IFRS ( )Universidade ou Instituto Federal ou Estadual ( )Universidade Paga

⃝ Ensino superior completo:

( ) IFRS ( )Universidade ou Instituto Federal ou Estadual ( )Universidade Paga

**Possui Carteira de trabalho ?**

⃝ Sim

⃝ Não

⃝ Não tenho acesso a ela neste momento pois \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Qual seu estado civil ?**

⃝ Casada/o legalmente

⃝ União estável sem registro

⃝ União estável com registro

⃝ Separada/o

⃝ Separada/o legalmente

⃝ Divorciada/o

⃝ Solteira/o

⃝ Viúva/o

⃝ Outro, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sobre Pensão Alimentícia (marque mais de uma opção caso necessário):**

⃝ Não recebo pensão alimentícia. ⃝ Não pago pensão alimentícia.

⃝ Recebo pensão alimentícia, no valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mês.

⃝ Pago pensão alimentícia no valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mês, para (indique quem recebe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………………………………

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente ao Campus XXXXX do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), a alteração das situações declaradas, apresentando documentação comprobatória.

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da/o declarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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