



PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL 2016

IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:

Nome: _____
Data do Nascimento: _____ Sexo: ()Feminino ()Masculino _____
Curso: _____ Nº de Matrícula: _____ Série/ Turma _____ Turno: _____
CPF: _____ RG: _____ Cor/raça: _____
Endereço: _____
Bairro/Ramal/Comunidade: _____ Ponto de referência: _____
Telefones: Residencial: _____ Celular: _____ Recado: _____
E-mail: _____
Etnia: () Amarela () Branca () Parda () Preta () indígena
Filiação: _____
Você é do Município do *Campus*: () Sim () Não. Zona Rural () Zona Urbana ()
Reside no Município há quanto tempo: _____
Em qual município e estado residia anteriormente: _____



É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS DESTE QUESTIONÁRIO

1. SITUACÃO HABITACIONAL DO DISCENTE:

2.1- Tipo de moradia de sua família: () Própria () Alugada () Cedida () Outros.
Quais? _____

2. MARQUE COM UM "X" NA QUANTIDADE DE BENS EXISTENTES EM SUA RESIDÊNCIA:

Discriminação	Quantidade				Discriminação	Quantidade			
	0	1	2	3		0	1	2	3
Moto					Carro				
TV por Assinatura					Tablet				
Internet					Micro computador				
Linha Telefônica					Computador <i>NoteBook</i>				
Máquina de Lavar Roupa					Celular				
Ar Condicionado									

4. SITUACÃO FAMILIAR

4.1 Estado Civil do Discente: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Vive com companheiro(a) () Outros.
Qual? _____

4.2 Estado Civil dos Pais do Discente: () Casados () Separados () Pai Falecido () Mãe Falecida () Outros.
Qual? _____ No caso de Pais Separados, você, seu pai ou mãe recebem pensão alimentícia? () Não () Sim. Valor: R\$ _____

4.3 Você tem Filhos? () Não () Sim. Quantos? _____ Quais as Idades de cada um? _____

4.4 Você paga pensão alimentícia a filhos ou ex-cônjuge?

4.5 () Não () Sim. Valor: R\$ _____

4.6 Você recebe pensão alimentícia para seus filhos?

() Não () Sim. Valor: R\$ _____

5. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

5.1 Escreva os nomes de todas as pessoas do seu grupo familiar, inclusive o seu:

Nº	Nome do Membros da Família	Parentesco	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Idade	Renda mensal (R\$)
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

5.2 Das pessoas citadas acima, alguma estuda no IFAM?

5.3 () Não () Sim. Caso afirmativo, em que *campus* estuda? _____
Quem? _____ Qual o Curso? _____

6. DADOS DE SAÚDE:

6.1 - Você possui alguma deficiência?

() Nenhuma () Visual () Físico-Motora () Auditiva () De Fala

6.2 - Existe caso de doença grave ou crônica no Núcleo Familiar? Caso sim, relacione-o(s) a seguir:

Nome	Grau de parentesco	Doença	Despesa Mensal (R\$)

7. GASTOS FAMILIARES MENSAIS:

Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)	Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)
Aluguel				Saúde (dentista)			
Prestação da casa própria				Alimentação			
Condomínio				Farmácia			
Água				Seguro (saúde, de vida, residencial, veículo etc.)			
Telefone (celular + fixo)				Gás			
Energia Elétrica				Transporte			
Combustível				Internet			
Empréstimo Bancário				Vestuário			
Educação				Empregada Doméstica			

8. CONDICÕES DE TRANSPORTE:

8.1 Que meio de transporte utiliza para chegar ao seu *campus*- IFAM?

() A pé () Carona () Bicicleta () Transporte Coletivo/Ônibus () Transporte Próprio/Carro ou Moto
() Moto-Taxi () Lotação. Outros. Qual? _____

8.2 Quem paga o transporte escolar? _____

8.3 Quanto tempo gasta entre a Escola (*campus* do IFAM) até sua residência? _____

8.4 Qual seu gasto mensal com transporte até o IFAM? _____

9. ESCOLA DE ORIGEM ANTES DE ESTUDAR NO IFAM FOI EM:

- Escola Municipal Escola Estadual Escola Particular: Com Bolsa integral; Com Bolsa parcial;
 Sem bolsa.

10. PLANOS PARA CONCLUIR O CURSO:

- Emprego Continuar os Estudos Ainda não decidiu

11. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:

- Alimentação Creche Material didático-pedagógico Transporte
 Moradia Alojamento
 Outros. Qual? _____

12. JUSTIFIQUE O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas nesse Cadastro Socioeconômico.

Cidade e Data: _____, ___/___/___

Assinatura do Discente

Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável