**1-SÉRIE ENSINO FUNDAMENTAL:**

1a.( ) 2a.( ) 3a.( ) 4a.( ) 5a.( ) 6a.( ) 7a.( ) 8a.( ) 9a.( ) ENSINO MÉDIO : 1a.( ) 2a.( ) 3a.( )

**2- IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome do candidato (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: Rua/Avenida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pessoa com deficiência?   
( ) Sim ( ) Não

Qual?

( ) Deficiência visual ( ) Deficiência mental ( ) Deficiência auditiva

( ) Deficiência motora ( ) Paralisia ou falta de algum membro ( ) Outras

**3- IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA**

Nome da mãe/responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço, se for diferente do (a) candidato (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento:\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão que exerce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil: ( )casado (a) ( ) Solteiro ( a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outro

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do pai/responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: se for diferente do (a) candidato (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão que exerce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil: : ( )casado (a) ( ) Solteiro ( a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outro

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Preencha o quadro a seguir conforme sua composição familiar, isto é, **todas** as pessoas que moram sobre o mesmo teto **a começar pelo candidato**:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Parentesco | Idade | Escolaridade | Profissão (estudante, pedreiro, professor) | Condição de trabalho  (formal, autônomo, desempregado) | Renda bruta |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Recebe algum benefício social: Bolsa Família, BPC, outros? ( ) Sim ( ) Não

Qual(is):? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor recebido: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebe pensão alimentícia? ( ) Não ( ) Sim. Valor: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5- CONDIÇÕES DE MORADIA:**

A família reside em imóvel:

( ) Próprio quitado ( ) Próprio financiado – valor mensal R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Construído em lote de parente. Nome e parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Alugado - valor de aluguel R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Emprestado – Por quem? (nome e parentesco): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outros (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de cômodos da moradia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A família possuiu outros imóveis além do que habita? (Lotes, sítios, fazendas, outros)

( ) Não Sim ( ) Especificar tipo e local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dos itens abaixo, especifique a quantidade de:

Veículos: Motocicleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carro/ modelo e ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Caminhão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Caminhonete:\_\_\_\_\_\_\_\_ Outros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6- CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esclareça os problemas de saúde existentes entre as pessoas que moram com sua família, inclusive o (a) candidato (a) ao benefício:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Doença | Local de tratamento | Medicamento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Outros dados** que você considere importantes sobre sua vida, que não foram perguntados nos itens anteriores, poderão ser registrados neste espaço:

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

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

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

**DECLARAÇÃO:**

Declaro, para efeito de estudo socioeconômico, que as informações prestadas nesse documento de 3 (três) páginas estão completas e são verdadeiras e assumo, por elas e pelas cópias dos documentos apresentados, inteira responsabilidade, ciente das penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, Artigo 171 e 299. Autorizo a apresentação desses documentos aos órgãos públicos competentes, se necessário.

Declaro ainda estar ciente de que os dados apresentados serão submetidos a uma análise técnica e, se convocado (a), deverei comparecer à instituição, para entrevista com o (a) Assistente Social, em data e horário previamente agendados pela instituição, apresentando os originais de todos os documentos anexados ao formulário e quaisquer outros que forem solicitados.

Contagem, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023

**Local e data**

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

**Assinatura do responsável**