

Formulário de solicitação de Bolsa de Estudo

Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo: () **Novo Aluno** () **Aluno Veterano**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome: _____ Possui CadÚnico: () Sim () Não

Idade: _____ anos

Gênero: () Feminino () Masculino Raça/Cor/Etnia: () Branca () Amarela () Pardo () Preta () Indígena

Série/ano que está cursando: _____ Série/ano que cursará próximo ano: _____

Endereço da criança: () reside apenas com a mãe () reside apenas com o pai () reside com mãe e pai

Escola que estuda: _____

Informar percentual de bolsa do ano anterior _____

IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome: _____

Naturalidade: _____ Data Nasc: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: () Não estudou. () 1ª à 4ª série do ensino fundamental. () 5ª à 8ª série do ensino fundamental

() Ensino médio. () Ensino superior incompleto. () Ensino superior completo. () Pós-graduação.

Profissão/Atividade: _____

() Assalariado () Liberal () Autônomo () Aposentado/Pensionista () Empregador () Servidor Público

() Trabalhador Rural () Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho) () Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: _____ CPF: _____ Fone Res.: () _____ Celular: () _____

Endereço Resid.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Empresa: _____ Cargo: _____ Admissão: _____

Endereço Profissional: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Fone Com.: () _____

Salário BRUTO: _____ **Mês de Referência:** _____

Responsável financeiro junto ao Colégio? ____ Sim ____ Não

IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Nome: _____

Naturalidade: _____ Data Nasc: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: () Não estudou. () 1ª à 4ª série do ensino fundamental () 5ª à 8ª série do ensino fundamental

() Ensino médio () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduação

Profissão/Atividade: _____

() Assalariado () Liberal () Autônomo () Aposentado/Pensionista () Empregador () Servidor Público

() Trabalhador Rural () Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho) () Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: _____ CPF: _____ Fone Res.: () _____ Celular: () _____



End. Resid.: () o mesmo acima () outro, qual? _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Empresa: _____ Cargo: _____ Admissão: _____
Endereço Profissional: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ Fone Com.: () _____
Salário BRUTO: _____ Mês de Referência: _____
Responsável financeiro junto ao Colégio? ____ Sim ____ Não

OUTROS RENDIMENTOS

Pensão (judicial ou não) R\$ _____
Aposentadoria: R\$ _____
Pensão Civil ou Militar R\$ _____
Pró-labore (ou afim) R\$ _____
Poupança e/ou outras aplicações R\$ _____
Auxílio recebido de pessoas não declaradas como integrantes do grupo familiar R\$ _____ (apresentar declaração)
Outros Rendimentos (especificar) R\$ _____ (apresentar comprovante ou declaração)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HABITACIONAIS

Tipo de Imóvel:

- () Próprio Quitado. Possui outros imóveis? _____ Quantos? _____ Recebimento de aluguéis: R\$ _____
() Próprio Financiado Valor da parcela mensal: R\$ _____
() Alugado Valor do aluguel mensal: R\$ _____
() Cedido. Por quem? _____
() Herdada
() Outros. Especificar: _____

A família possui outros imóveis além da moradia?

- () Lote/ Barracão
() Sítio/Chácara/ Fazenda

AUTOMÓVEIS

Marca	Modelo	Ano	Situação
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			() Quitado () Financiado: Valor da parcela: R\$ _____



NÚCLEO FAMILIAR

Relação de membros do grupo familiar (todas as pessoas da casa, inclusive o requerente)

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda (bruta)	Declara IR?
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não

Renda (bruta) total mensal do grupo familiar:

EDUCAÇÃO

Membros do grupo familiar que estudam (inclusive dos adultos)

Nome	Série/Ano	Instituição de Ensino	Valor Mensal

Despesa total mensal do grupo familiar:

SAÚDE

Membros do grupo familiar que apresentam patologias (pessoas submetidas a tratamentos médicos, terapêutico e/ou que façam uso contínuo de medicamentos e portadores de deficiência física)

Nome	Idade	Parentesco	Patologia	Despesa Mensal

Despesa total mensal do grupo familiar:

PROGRAMAS SOCIAIS

O grupo familiar participa de programas de transferência de renda? ___ Sim ___ Não

- () Programa de Erradicação do trabalho Infantil – PETI
() Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano –
() Programa Bolsa Família e os programas remanescentes nele unificados

- () Programa Nacional de Inclusão do Jovem – Pró-Jovem
- () Auxílio Emergencial (desastre, calamidade pública ou situação emergencial)
- () Benefício de Prestação Continuada - BPC (LOAS)
- () Outros. Especificar _____ -

DESPESAS MENSAIS BÁSICAS

Despesas	Valor R\$	Despesas	Valor R\$
Aluguel / SFH		Transporte Escolar	
Água		Mensalidade Escolar (total)	
Luz		Plano de Saúde	
IPTU		Medicamentos	
Telefone		Cursos livres	
Condomínio		Outros	
Alimentação		Outros	
Total das Despesas mensais:			

O Solicitante, por si e na qualidade de responsável legal e financeiro do(a) beneficiário(a)/aluno(a), declara de forma expressa o seu consentimento quanto ao processamento, tratamento e armazenamento, pela Associação Propagadora Esdeva, dos dados que sejam necessários para perfeita verificação da situação socioeconômica do Solicitante, também se declarando expressamente ciente que tais dados poderão ser compartilhados com terceiros ou instituições públicas que estejam envolvidos, tenham relação legal ou de supervisão da prestação dos serviços educacionais. O consentimento ora expresso engloba todos os dados fornecidos ou que venham a ser obtidos por esta, seja de qual natureza for, inclusive os dados sensíveis, desde que exclusivamente relacionados com a prestação de serviços educacionais ora previstos e destinados à sua execução, assim como para concessão de benefício filantrópico. O Solicitante concorda expressamente que os seus dados que não sejam sensíveis poderão ser processados, tratados e armazenados mesmo após o encerramento da relação entre as partes, podendo, se quiser, solicitar a cessão ou eliminação do tratamento e/ou a portabilidade deste.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me, ainda, ciente de que a falsidade ou divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício, caso tenha sido concedido bem como estarei sujeito às sanções cíveis e penais. Tenho conhecimento do edital que normatiza as regras para o pedido de bolsa.

Local/Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Responsável Financeiro

CPF

OBSERVAÇÕES

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

Renda Bruta Mensal: _____ Renda Per Capita: _____ Nº Membros do Grupo Familiar: _____
() DEFERIDO () INDEFERIDO PERCENTUAL CONCEDIDO: () 100% () 50%

Assistente Social responsável (carimbo e assinatura)
___/___/___

Data do parecer: