## brasãoDescription: Descrição: IFAMPROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL

## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

## SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS.

CAMPUS COARI

COMISSÃO DE TRABALHO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

### FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

### ANO: 2017

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Grupo Étnico Racial: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Indígena

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Série/ Turma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ponto de referência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular próprio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular dos pais ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você é do Município do campus: ( )Sim ( )Não Reside no município há quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em qual município e estado residia anteriormente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.3 É beneficiário de algum programa social? ( )Não ( )Sim Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS DESTE QUESTIONÁRIO**

**2 - SITUAÇÃO HABITACIONAL DO DISCENTE:**

2.1 Tipo de moradia de sua família:

( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Marque com “X” Na quantidade de bens existenteS EM SUA residÊNCIA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Discriminação | **Quantidade** | | | |  | **Quantidade** | | | |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Discriminação** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Moto |  |  |  |  | Carro |  |  |  |  |
| TV por Assinatura |  |  |  |  | *Tablet* |  |  |  |  |
| *Internet* |  |  |  |  | Micro computador |  |  |  |  |
| Linha Telefônica |  |  |  |  | Computador *NoteBook* |  |  |  |  |
| Máquina de Lavar Roupa |  |  |  |  | Celular |  |  |  |  |
| Ar Condicionado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. SITUAÇÃO FAMILIAR:**

* 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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.3 No caso de pais separados, você, seu pai ou mãe recebem pensão alimentícia?

( ) Não ( ) Sim Qual valor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.4 Você tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quais as idades de cada um? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Você paga pensão alimentícia a filhos ou ex-cônjuge?

( ) Não ( ) Sim. Valor: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.6 Você recebe pensão alimentícia para seus filhos?

( ) Não ( ) Sim. Valor: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

* 1. Escreva os nomes de todas as pessoas do seu grupo familiar, inclusive o seu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nome dos Membros da Família | Paren­tesco | Escola­ridade | Profissão/ Ocupação | Idade | Renda mensal (R$) |
| 01 |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

5.2 Qual a renda mensal da sua família? (Considere a renda de todos os integrantes, inclusive você)

( ) De 0 a 0,5 salários mínimos ( ) de 1,5 a 2,5 salários mínimos

( ) De 0,5 a 1 salário mínimo ( ) de 2,5 a 3,5 salários mínimos

( ) De 1 a 1,5 salários mínimos ( ) Acima de 3 salários mínimos

1. 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$) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. GASTOS FAMILIARES MENSAIS:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Despesas: | Sim | Não | Valor aproximado | Despesas: | Sim | Não | Valor aproximado |
| Aluguel |  |  |  | Saúde |  |  |  |
| Água |  |  |  | Alimentação |  |  |  |
| Telefone (celular+fixo) |  |  |  | Gás |  |  |  |
| Energia Elétrica |  |  |  | Transporte |  |  |  |
| Empréstimo bancário |  |  |  | Internet |  |  |  |

**8 - CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:**

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

( )a pé ( )carona ( )bicicleta ( )ônibus institucional ( ) transporte próprio(carro/moto)

( ) moto táxi ( ) outros. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9 - SITUAÇÃO ESCOLAR:**

Foi aluno do IFAM no semestre anterior? ( ) Sim ( ) Não

Foi reprovado? ( ) Não ( ) Sim. Por quê?

**10**. **SEU ÚLTIMO ANO LETIVO ANTES DE ESTUDAR NO IFAM FOI EM:**

( )Escola Pública Municipal( ) Escola Particular: ( ) Com bolsa de estudos integral

( ) Escola Pública Estadual ( ) Com bolsa de estudos parcial

( ) Sem bolsa

**11. QUAIS SÃO SEUS PLANOS AO CONCLUIR O CURSO?**

( ) Ter um emprego ( ) Continuar os estudos ( ) Ainda não decidiu

( ) Outros. Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:**

( ) Benefício Alimentação ( ) Benefício Transporte ( ) Benefício Moradia

( ) Benefício Material Didático Pedagógico e Escolar ( ) Benefício Creche

**13 - MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:**

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

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

Coari-Am,\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.

**\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Estudante Assinatura dos Pais e/ou Responsável

**RESULTADO DA ANÁLISE SOCIOECONÔMICA:**

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