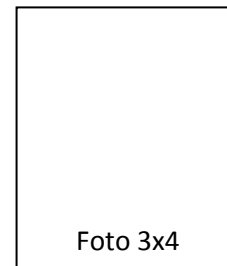




PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

ANO: 2016



1. IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:

Nome: _____

Curso: _____ Nº de Matrícula: _____ Série/ Turma _____ Turno: _____

CPF: _____ RG: _____ Naturalidade: _____

Qual é sua profissão? _____ Qual é sua renda mensal? _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Telefones: Residencial: _____ Celular: _____ Recado: _____

E-mail: _____

Cor/Raça: () amarela () branca () parda () negra () indígena

Data do Nascimento: _____ Sexo: ()Feminino ()Masculino

Filiação: _____

Reside no Município de São Gabriel há quanto tempo: _____

Em qual comunidade ou município você residia anteriormente: _____

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 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 NoteBook				
Máquina de Lavar Roupa					Celular				
Ar Condicionado									

4. SITUAÇÃO 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? _____

4.3 No caso de Pais Separados, você, seu pai ou mãe recebem pensão alimentícia?

() Não () Sim. Valor: R\$ _____

4.4 Você tem Filhos?

() Não () Sim. Quantos? _____ Quais as Idades de cada um? _____

4.5 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:

5.1 Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa? _____

5.2 Escreva os nomes de todas as pessoas do seu grupo familiar (que moram com você):

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

5.3 Das pessoas citadas acima, alguma estuda no IFAM?

() 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				Farmácia			
Telefone (celular + fixo)				Seguro (saúde, de vida, residencial, veículo etc.)			
Energia Elétrica				Gás			
Combustível				Transporte			
Educação				Internet			
Saúde (dentista)				Vestuário			
Alimentação				Empregada Doméstica			

8. CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:

8.1 Que meio de transporte utiliza para chegar ao IFAM Campus São Gabriel da Cachoeira?

- () A pé () Carona () Bicicleta () Ônibus escolar do IFAM () Transporte Próprio/Carro ou Moto
() Moto-Taxi () Lotação () Transporte Fluvial () Outros: _____

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

9. PLANOS PARA CONCLUIR O CURSO:

- () Emprego () Continuar os Estudos () Ainda não decidiu

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

- () Material didático-pedagógico () Alimentação () Creche () Transporte - *discentes que moram na zona rural*
() Moradia - *discentes que moram alugado* () Alojamento - *Discentes que moram na Residência Estudantil do IFAM*

11. JUSTIFIQUE O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Declaro sob as penalidades da Lei (ART.299 do Código Penal), que as declarações supracitadas nesse Cadastro Socioeconômico correspondem a verdade e estou ciente de que a constatação de fraude ou omissão nas informações declaradas poderá acarretar o indeferimento do benefício.

São Gabriel da Cachoeira (AM), ____/____/2016

Assinatura do Discente

Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável