



**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: \_\_\_\_\_

Foto 3x4

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 Roupas |            |   |   |   | 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/<br>Ocupação | Idade | Renda mensal<br>(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<br>(R\$) |
|------|--------------------|--------|-------------------------|
|      |                    |        |                         |
|      |                    |        |                         |

## 7. GASTOS FAMILIARES MENSAIS:

| Despesas                  | Sim | Não | Valor Aproximado<br>(R\$) | Despesas  | Sim | Não | Valor Aproximado<br>(R\$) |
|---------------------------|-----|-----|---------------------------|---|-----|-----|---------------------------|
| Aluguel                   |     |     |                           | Saúde (dentista)                                      |     |     |                           |
| Prestação da casa própria |     |     |                           | Alimentação   |     |     |                           |
| Condomínio                |     |     |                           | Farmácia  |     |     |                           |
| Água                      |     |     |                           | Seguro (saúde, de vida,<br>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