



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO**  
**CAMPUS AVANÇADO HIDROLÂNDIA**

**ANEXO II**

**EDITAL ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL N° 006/2017**

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**  
**Auxílio Permanência**

**1. Identificação do Aluno**

Nome do aluno: \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ) Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua/Av. : \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
Recado: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Possui necessidade educacional especial ou deficiência?

( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Seus pais são: ( ) Casados ( ) Divorciados/Separados ( ) Mãe falecida ( ) Pai falecido ( ) Outros, especifique \_\_\_\_\_

**2. Situação Educacional**

**2.1. Em qual modalidade você cursou o ensino fundamental:**

- ( ) Ensino Regular  
( ) EJA  
( ) Supletivo  
( ) Outros \_\_\_\_\_

**2.3. A Instituição de Ensino na qual cursou (ou está cursando) o ensino médio é:**

- ( ) pública  
( ) privada/particular: ( ) com bolsa ( ) sem bolsa ( ) maior parte em rede pública  
( ) maior parte em rede privada/particular: ( ) com bolsa ( ) sem bolsa



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIAGOIANO**  
**CAMPUS AVANÇADO HIDROLÂNDIA**

<b>3. Situação Socioeconômica do (a) aluno(a)</b>	
<b>3.1. Situação trabalhista (se maior de idade)</b>	<b>3.2. Aluno (a) bolsista (remunerado) de Programas Oficiais ou Estágio?</b>

( <input type="checkbox"/> ) Empregado ( <input type="checkbox"/> ) Desempregado ( <input type="checkbox"/> ) Autônomo	( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Qual _____ Valor da bolsa? _____	
<b>3.3. Participação na renda familiar</b>	<b>3.4. Despesas fixas (R\$)</b> Anexar cópias para comprovação (das partes do nome, endereço e valor)	
( <input type="checkbox"/> ) Depende financeiramente dos pais ou de um deles*. ( <input type="checkbox"/> ) Depende financeiramente do responsável* ( <input type="checkbox"/> ) Depende financeiramente do cônjuge ou companheiro(a) ( <input type="checkbox"/> ) Independente financeiramente ( <input type="checkbox"/> ) Contribui <i>parcialmente</i> com as despesas familiares ( <input type="checkbox"/> ) Contribui <i>totalmente</i> com as despesas familiares	Habitação: ( <input type="checkbox"/> ) Aluguel ( <input type="checkbox"/> ) Financiamento R\$ _____ Energia: R\$ _____ Água: R\$ _____ Educação*: R\$ _____ Alimentação: _____ Transporte: R\$ _____ Plano de Saúde: R\$ _____ Plano Odontológico: R\$ _____ Medicamentos: R\$ _____ Outros: _____ R\$: _____	
*Deverá ser considerado, caso o (a) aluno(a) receba algum tipo de ajuda financeira, ainda que o(a) mesmo(a) tenha mais de 18 anos de idade e/ou resida sozinho(a).		
<b>3.5. Condições de Moradia</b>		
<b>Moradia</b>	<b>Água</b>	<b>Transporte (Utilizado para vir para o Instituto)</b>
Reside sozinho? ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não Caso não resida sozinho, você reside com: 1) Família? ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Grau de Parentesco? _____	( <input type="checkbox"/> ) Rede de Saneamento Básico ( <input type="checkbox"/> ) Poço Artesiano ( <input type="checkbox"/> ) Cisterna ( <input type="checkbox"/> ) Represa ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	( <input type="checkbox"/> ) Carro ( <input type="checkbox"/> ) Moto ( <input type="checkbox"/> ) Ônibus ( <input type="checkbox"/> ) Bicicleta ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____
2) Outras pessoas (a)? ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Quantas pessoas _____ Quem são? _____		
( <input type="checkbox"/> ) Própria ( <input type="checkbox"/> ) Alugada ( <input type="checkbox"/> ) Financiada ( <input type="checkbox"/> ) Cedida ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____		



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIAGOIANO**  
**CAMPUS AVANÇADO HIDROLÂNDIA**

**4. Identificação de um Responsável legal**

Nome do responsável:	Grau de Parentesco:
Endereço atual:	No.:_____ Bairro:_____
Cidade onde reside:	UF.:_____ CEP.:_____
Telefone Residencial:( )_____	Comercial:( )_____
Celular:( )_____	E-mail:_____
Data nascimento: _____ / _____ / Naturalidade: _____	
C.P.F.:	RG Nº.:_____ Órgão Expedidor:_____
Escolaridade:	Profissão:_____
Local de trabalho:	Cargo que ocupa:_____
Estado Civil:_____	

Nome do cônjuge/Companheiro(a):_____		
Celular :()_____ E-mail:_____		
Data nascimento :	/	Naturalidade:_____ C.P.F._____
RG nº:_____	Órgão Expedidor:_____	Escolaridade:_____
Profissão:_____	Local de trabalho:_____	
Cargo que ocupa:_____		

**5. Dependentes da Renda Familiar e/ou Composição Familiar\***

Nº	Nome	Parentesco	Idade	Trabalha		Salário R\$
				Sim	Não	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

\*Deverá ser considerado, caso o (a) aluno(a) receba algum tipo de ajuda financeira, ainda que o(a) mesmo(a) tenha mais de 18 anos de idade e/ou resida sozinho(a).



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO**  
**CAMPUS AVANÇADO HIDROLÂNDIA**

**6. Informações sobre a Saúde da Família e do (a) aluno(a)**

6.1. Possui Plano de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim Qual?  <input type="checkbox"/> Não	6.3. Há alguém na composição familiar com necessidades especiais ou doença crônica? <input type="checkbox"/> Sim. Parentesco? _____  <input type="checkbox"/> Não
6.2. Possui Plano Odontológico? <input type="checkbox"/> Sim. Qual?  <input type="checkbox"/> Não	6.4. Faz uso de medicação continuada? <input type="checkbox"/> Sim. Qual?  <input type="checkbox"/> Não

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:** atentar para os documentos exigidos no item 6. Do Edital 006/2017 visto que somente os itens comprovados serão pontuados.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são verdadeiras.

Hidrolândia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura de responsável legal

**A declaração falsa é crime previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.**