

ANEXO I
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

PROGRAMA SOLICITADO: () BOLSA ALIMENTAÇÃO () BOLSA MORADIA

1-IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome do estudante: _____

Curso: _____ Cartão SUS: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Naturalidade: _____ UF: _____

RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Telefone Residencial:() _____ Celular:() _____ - _____

E-mail: _____

Nome do Pai: _____ Celular: () _____

Nome da Mãe: _____ Celular: () _____ - _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () União Estável

1.1.De acordo com a categoria usada pelo IBGE, quanto à cor da pele, você se considera?

() Branco () Negro () Indígena () Amarelo () Pardo

1.2.Você estudou em escola:

() Pública () Particular () Conveniada () Maior parte em rede pública () Maior parte em rede privada/ particular () Maior parte em rede conveniada () Bolsista em rede particular

2-SITUAÇÃO HABITACIONAL DO ESTUDANTE

Endereço: Rua/Av. : _____ nº : _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____

2.1.Tipo de moradia de sua família:

() Própria Quitada () Cedida

() Própria Financiada. Valor da Parcela: R\$ _____

() Alugada. Valor do Aluguel: R\$ _____

3-SITUAÇÃO FAMILIAR DO ESTUDANTE

3.1.Seus pais são:

() Casados () Separados () Pai falecido () Mãe falecida () Pai desconhecido

() Outros, especifique: _____

3.2.Qual o meio de transporte utilizado, prioritariamente, pela família?

() Carro: ano, modelo: _____ () Moto : ano, modelo: _____

() Ônibus () Bicicleta

3.3.Você ou algum membro de sua família são beneficiários de programas sociais, bolsa família, BPC, etc?

() Não () Sim, Qual? _____ Valor: R\$: _____

3.4. Em caso de necessidade de visita domiciliar, qual dia e horário mais conveniente?

4-DADOS DE SAÚDE DO ESTUDANTE

4.1. Você ou alguém da família é portador de alguma necessidade especial?

() Não () Visual () Física/Motora () Auditiva () De fala

4.2. Você ou alguém da família faz uso de medicamento de uso contínuo, em função de alguma enfermidade?

() Não () Sim, qual medicamento? _____

4.3. Possui plano de saúde?

() Não () Sim, qual? _____

4.4. Possui plano odontológico?

() Não () Sim, qual? _____

5-COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO ESTUDANTE

Preencha o quadro abaixo com os dados das pessoas que **residem na sua casa**, incluindo você :

Nº	Nome do familiar	Idade (anos)	Parentesco	Profissão/ocupação	Renda Mensal (R\$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
VALOR TOTAL DA RENDA FAMILIAR (R\$)					

6-DESPESAS FIXAS DA FAMÍLIA DO ESTUDANTE

Preencha o quadro abaixo com os gastos familiares mensais. Apresente cópia dos comprovantes.

Energia : R\$ _____	Transporte: R\$ _____
Água : R\$ _____	Medicamentos: R\$ _____
Educação*: R\$ _____	Plano de Saúde: R\$ _____
Alimentação: R\$ _____	Outros : R\$ _____

*Caso algum membro da família estude em Instituição particular de ensino

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que estou ciente do conteúdo do edital do programa ao qual estou me inscrevendo e que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Data: ____/____/____

Assinatura

Em caso de estudante menor de idade pais/responsáveis deverão assinar a documentação.

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.

INSTITUTO FEDERAL GOIANO

CAMPUS URUTAÍ

Rodovia Geraldo Silva Nascimento, Km 2,5

75790-000 – Urutai – GO

55-(64) 3465-1922 – assistenciaestudantil.urt@ifgoiano.edu.br