



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO E INTEGRAÇÃO ESTUDANTIL
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL

Cole a Foto 3x4

Favor imprimir este formulário em frente e verso
É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário

EDITAL UNIFICADO Nº 002/2017
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

INDICAR BENEFÍCIO(S) QUE DESEJA SOCILITAR:

- Auxílio Alimentação Auxílio-Transporte Isenção no Refeitório Universitário
 Auxílio- Creche Auxílio Moradia Bolsa de Iniciação Acadêmica

*OBS. 1: Somente os estudantes dos campi de Icó e Brejo Santo podem se inscrever no Programa Auxílio Alimentação;
OBS.2: Somente os estudantes dos campi de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha podem se inscrever no Programa Refeitório Universitário
OBS.3 Somente estudantes que tem filho (a) com idade de até 4 anos e 11 meses podem se inscrever no Programa Auxílio Creche.*

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo:			
Sexo:	Data de nascimento:	Estado Civil:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	UF:	
CPF:	RG:		
Curso:	Matrícula:		
Ano de Ingresso:	IRA (preencher somente se veterano):		
E-mail:	Telefone:		

Possui alguma deficiência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifique a deficiência:
POSSUI FILHO (A) COM IDADE DE ATÉ 4 ANOS E 11 MESES (na data deste preenchimento)?	
Não <input type="checkbox"/>	
Sim <input type="checkbox"/> Nome Completo do dependente: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	

II – MORADIA ATUAL DO ESTUDANTE

Reside atualmente com: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Parentes <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Cônjuge ou companheiro <input type="checkbox"/>
Divide aluguel com outros estudantes : Valor _____ Outro <input type="checkbox"/> Especifique _____

Endereço atual do estudante:

Rua/Av.:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	UF:
Ponto de Referência:	

Endereço da residência da família:

Rua/Av.:

Bairro:	CEP:
Cidade:	UF:
Ponto de Referência:	Telefone:
Situação do imóvel da família: () Próprio; () Alugado; () Cedido; () Financiado. Valor mensal do aluguel ou financiamento: _____	
<i>Obs.: Entende-se por imóvel cedido aquele que é emprestado por alguém para a família morar e, neste caso, a apresentação da declaração é obrigatória e deve ser assinada pelo proprietário do mesmo.</i>	
Bens móveis e imóveis (exceto aquele em que a família reside) pertencentes à família: () Sim () Não	
() Carro. Tipo/marca/modelo e ano: _____	
() Terreno/Lote. Localização: _____	
() Casa/Apartamento. Localização: _____	
() Loja/sala comercial. Localização: _____	
() Fazenda. Localização: _____	
() Moto	

III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR (incluindo NOME e dados do estudante)

Nome	Parentesco	CPF	Profissão/ Ocupação	Data de Nascimento	Situação*	Renda Bruta	-

*Situação: Carteira de Trabalho Assinada; Funcionário Público Efetivo; Funcionário Público Contratado; Aposentado/Pensionista/Beneficiário INSS; Autônomo; Estagiário; Estudante; Desempregado; Do lar; Trabalho Informal

Renda Mensal da Família:

Renda per capita:

Renda Pessoal:

a) Trabalha?: () Sim () Não

Local de trabalho: _____ Função: _____

Salário mensal: R\$ _____

b) Recebe ajuda financeira de terceiros (exceto pai e mãe)? () Sim () Não. Valor _____

c) É bolsista/estagiário?: () Sim () Não

Local/Projeto: _____ Valor da bolsa: R\$ _____

d) É beneficiário de algum programa no âmbito da UFCA? () Sim () Não.

Especifique: _____

Valor: _____

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA EM PROGRAMA SOCIAL DE GOVERNO FEDERAL OU ESTADUAL:

() SIM () NÃO. QUAL? _____ VALOR DO BENEFÍCIO: _____

Obs.: É obrigatória a apresentação do extrato do último mês do Programa Bolsa Família, constando nome do beneficiário, valor recebido e mês de referência.

GASTOS FIXOS MENSAIS (somente do grupo familiar):

Alimentação: R\$ _____	Água: R\$ _____	Educação: R\$ _____
Energia: R\$ _____	Lazer: R\$ _____	Medicamentos: R\$ _____
Outros: R\$ _____	Transporte: R\$ _____	Total das despesas: R\$ _____

DESPESAS MENSAIS COM TRANSPORTE (trajetos: residência – universidade – residência)

- () a pé, bicicleta
() transporte coletivo
() transporte alternativo (van, ônibus)
() carro/moto próprio
() carona

Valor mensal gasto com transporte: R\$ _____

IV – DADOS ESCOLARES**Conclusão do ensino médio**

- | | |
|---|---|
| () Escola Pública | () Escola Particular. |
| () Parte em escola pública/ parte em escola particular | () Escola Particular com bolsa. Percentual: _____% |
| | () Concluiu algum curso superior? () Sim () Não |

Obs.: Apresentar declaração de bolsista fornecida pela escola, em caso de ter sido aluno de escola particular.

INGRESSO NA UFCA:

- () ENEM () Processo de Transferência Voluntária
() Reopção de curso

FORMA DE INGRESSO NA UFCA:

- () Ampla Concorrência () Cota. Qual? _____

V - DADOS RELACIONADOS À SAÚDE (Incluindo o próprio estudante)**Doença grave na família? Qual? (Necessária comprovação através de laudo médico atualizado)**

*Doenças graves são aquelas constantes na Portaria MPAS/MS, de 23/08/2001: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e hepatopatia grave

Escreva a justificativa da sua solicitação **para cada programa solicitado** e outras informações que julgar importantes.

(O NÃO PREENCHIMENTO DESTE CAMPO CAUSARÁ INDEFERIMENTO)

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal e que estou ciente de que poderá ser realizado contato telefônico ou via e-mail, entrevista, visita domiciliar, bem como a solicitação de documentação complementar para melhor conhecimento da situação apresentada.

_____, ____ de ____ de ____
(Local) (Data)

Assinatura do aluno

PARA USO DO SERVIÇO SOCIAL:

PER CAPITA:

--

PARECER:

Juazeiro do Norte, CE, ____/____/____

Assistente Social