

	<b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b>		<b>PROCESSO SELETIVO DE BOLSA DE ESTUDO ANO LETIVO 2025</b>
	<b>ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA MARIA TERESA</b>		
<b>Estabelecimento de Educação: COLÉGIO NOSSA SENHORA DAS DORES</b>		<b>Nº da Unidade EDUCACENSO: 35100171</b>	

**ORIENTAÇÕES:**

- O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão de bolsa de estudo por parte da Associação Educativa Maria Teresa.
- Deverão ser apresentados os documentos relacionados de todos os membros do grupo familiar<sup>1</sup>, os quais estão relacionados no quadro de composição do grupo familiar deste formulário. Entende-se por grupo familiar todos que vivem sob o mesmo teto, independente de idade e/ou contribuição financeira.
- O disposto neste formulário de avaliação socioeconômica aplica-se igualmente aos grupos familiares nos quais ocorra união estável, inclusive homoafetiva.
- O requerente de Bolsa de Estudo é a pessoa legalmente responsável pelo aluno.

**ATENÇÃO:**

- O percentual de gratuidade aplicado à Bolsa de Estudo, no caso de concessão, tem validade apenas para o ano letivo de 2025.
- Este formulário somente será analisado mediante a apresentação de todos os documentos comprobatórios, da situação socioeconômica declarada no referido documento de solicitação de Bolsa de Estudo.

1. IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:			
Nome Completo:		Data de Nascimento:	Idade:
Nome Social <sup>3</sup> :		Nacionalidade:	Nº NIS <sup>2</sup> :
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Pessoa com Deficiência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:		
Endereço:	N.º	Bairro:	
Cidade:	CEP:	Estado:	Telefone:
Ponto de Referência:			
Celular:		RG:	CPF:

2. INFORMAÇÕES ESCOLARES SOBRE O/A CANDIDATO/A À BOLSA DE ESTUDO:			
Ano ou Série Escolar cursado em 2024	Em caso de recebimento de Bolsa de Estudo no ano letivo de 2024, no Colégio Nossa Senhora das Dores, favor indicar o % de gratuidade aplicada:	Ano ou Série Escolar a cursar em 2025	Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo
			<input type="checkbox"/> Candidato Novato <input type="checkbox"/> Candidato Veterano (Renovação)
<p><b>O/a candidato/a tem algum parente na referida Unidade Educacional que possui Bolsa de Estudo?</b>  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual o grau de parentesco e o ano em que foi concedida a Bolsa de Estudo? _____</p> <p><b>O/a candidato/a reside:</b> <input type="checkbox"/> No bairro onde a Unidade Educacional está localizada <input type="checkbox"/> Fora do bairro onde a Unidade Educacional está localizada  <input type="checkbox"/> Em outra cidade, qual? _____</p> <p><b>Utiliza transporte para chegar a Unidade Educacional?</b>  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Transporte Escolar <input type="checkbox"/> Translado realizado pela família <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____</p> <p><b>Tempo habitual gasto de deslocamento de sua casa até a Unidade Educacional?</b>  <input type="checkbox"/> Até 10 minutos <input type="checkbox"/> Até 30 minutos <input type="checkbox"/> Até 01 hora <input type="checkbox"/> Mais de 01 hora</p> <p><b>O candidato participa de atividades no contra turno escolar?</b>  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Em caso positivo, informe: Estabelecimento em que participa da respectiva atividade: _____  Nº de vezes por semana em que participa: _____</p>			

<sup>1</sup> Entende-se como grupo familiar a unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras pessoas que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todas moradoras em um mesmo domicílio.

Fonte: Portaria Normativa do Ministério da Educação Nº 1, de 02 de janeiro de 2015.

<sup>2</sup> NIS - Número de Identificação Social

<sup>3</sup> Resolução Nº 12, de 16 de janeiro de 2015, do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos, que estabelece parâmetros para a garantia das condições de acesso e permanência de pessoas travestis e transexuais - e todas aquelas que tenham sua identidade de gênero não reconhecida em diferentes espaços sociais - nos sistemas e instituições de ensino, formulando orientações quanto ao reconhecimento institucional da identidade de gênero e sua operacionalização.

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA****ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA MARIA TERESA****PROCESSO SELETIVO DE  
BOLSA DE ESTUDO  
ANO LETIVO  
2025****Estabelecimento de Educação:  
COLÉGIO NOSSA SENHORA DAS DORES****Nº da Unidade EDUCACENSO:  
35100171****3. INFORMAÇÕES DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) LEGAL/FAMILIAR PELO ALUNO/CANDIDATO:****GENITOR 1: CONTRATANTE<sup>4</sup>:** SIM  NÃO 

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Situação do Genitor 1: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Ausente ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Endereço do Genitor 1 é o mesmo do/a candidato/a descrito no item 1: ( ) Sim ( ) Não – (em caso negativo preencher o campo com o endereço do Genitor 1)

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Categoria de Ocupação:	<input type="checkbox"/> Empregado Doméstico <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> Estagiário Remunerado	<input type="checkbox"/> Funcionário Público
	<input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada - CTPS	<input type="checkbox"/> Estagiário Não Remunerado	<input type="checkbox"/> Aposentado
	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Pensionista
	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	

**GENITOR 2: CONTRATANTE:** SIM  NÃO 

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Situação do Genitor 2: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Ausente ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Endereço do Genitor 2 é o mesmo do/a candidato/a descrito no item 1: ( ) Sim ( ) Não – (em caso negativo preencher o campo com o endereço do Genitor 2)

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Categoria de Ocupação:	<input type="checkbox"/> Empregado Doméstico	<input type="checkbox"/> Estagiário Remunerado	<input type="checkbox"/> Funcionário Público
	<input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada - CTPS	<input type="checkbox"/> Estagiário Não Remunerado	<input type="checkbox"/> Aposentado
	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Pensionista
	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	

**IDENTIFICAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL(\*): (Preencher somente quando este/a não for Genitor 1 e/ou Genitor 2) CONTRATANTE:**  SIM  NÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Endereço do/a Responsável é o mesmo do/a candidato/a descrito no item 1: ( ) Sim ( ) Não – (em caso negativo preencher o campo com o endereço do Responsável Legal)

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Categoria de Ocupação:	<input type="checkbox"/> Empregado Doméstico	<input type="checkbox"/> Estagiário Remunerado	<input type="checkbox"/> Funcionário Público
	<input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada - CTPS	<input type="checkbox"/> Estagiário Não Remunerado	<input type="checkbox"/> Aposentado
	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Pensionista
	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	

<sup>4</sup> Contratante - Responsável pela assinatura no Contrato Escolar

	<b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b>	<b>PROCESSO SELETIVO DE BOLSA DE ESTUDO ANO LETIVO 2025</b>
	<b>ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA MARIA TERESA</b>	
<b>Estabelecimento de Educação: COLÉGIO NOSSA SENHORA DAS DORES</b>	<b>Nº da Unidade EDUCACENSO: 35100171</b>	

**4. QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (pessoas que moram na mesma residência):**  
Colocar primeiro o nome do/a candidato/a. Neste quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram com o/a candidato/a, inclusive crianças.

Nome Completo	Escolaridade	Parentesco com Aluno/Candidato	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Salário Bruto (em R\$)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
<b>TOTAL GERAL DA RENDA MENSAL BRUTA DO GRUPO FAMILIAR</b>						

**5. RENDIMENTOS ORIGINÁRIOS DE PENSÃO, ALUGUEL E ARRENDAMENTO**

**5.1 No grupo familiar descrito no quadro acima há alguém que recebe Pensão ou algum tipo de benefício:** Não  Sim

Caso sim, favor especificar a fonte pagadora e a natureza do rendimento: \_\_\_\_\_

Valor Bruto Mensal Recebido R\$ \_\_\_\_\_

**5.2 Rendimentos de aluguel ou arrendamento de bens móveis e imóveis**

Especificação da natureza do Rendimento	Natureza do Bem	Especificação do Bem*	Valor Bruto do aluguel ou arrendamento mensal (em R\$)
<input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Arrendamento	<input type="checkbox"/> Móveis <input type="checkbox"/> Imóveis		
<input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Arrendamento	<input type="checkbox"/> Móveis <input type="checkbox"/> Imóveis		
<b>TOTAL GERAL</b>			

\*Casa, Apartamento, sítio, chácara, automóvel, motocicleta, trator, entre outros.

**6. ACESSO A PROGRAMAS GOVERNAMENTAL DE RENDA MÍNIMA (Federal, Estadual ou Municipal)**

Não

Sim - informar o valor do benefício social, bem como marcar o nome do Programa Governamental vinculado ao benefício:  
**TOTAL GERAL (em R\$)** \_\_\_\_\_

Citar qual o componente do grupo familiar que figura como beneficiário: \_\_\_\_\_

Número do NIS: \_\_\_\_\_

( ) Programa de Erradicação do trabalho Infantil – PETI  
 ( ) Programa Bolsa Família e os Programas remanescentes nele unificados  
 ( ) Programa de Sócio Aprendizagem para Adolescentes, Jovens e Pessoas com Deficiência  
 ( ) Programa Nacional de Inclusão do Jovem – Pró-Jovem  
 ( ) Auxílio Emergencial (desastre, calamidade pública ou situação emergencial)  
 ( ) Benefício de Prestação Continuada - BPC (LOAS)  
 ( ) Outros. Especificar \_\_\_\_\_

**7. CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA**

**Situação do Imóvel:**

Próprio

Financiamento R\$ \_\_\_\_\_

Cedido por:

Alugado – Valor/ mês R\$ \_\_\_\_\_

Condomínio – Valor/ mês R\$ \_\_\_\_\_

Compartilhado com outra família

**Tipo de Imóvel:**  Casa  Apartamento  Outro, especificar: \_\_\_\_\_

**Estrutura Física:**  Alvenaria  Madeira  Taipa  Outro, especificar: \_\_\_\_\_

**Fornecimento de Energia Elétrica:**  Companhia distribuidora  Inexistente  Outro, especificar: \_\_\_\_\_

**Abastecimento de água:**  Existente  Inexistente

**Esgoto Sanitário:**  Existente  Inexistente

	<b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b>		<b>PROCESSO SELETIVO DE BOLSA DE ESTUDO ANO LETIVO 2025</b>
	<b>ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA MARIA TERESA</b>		
Estabelecimento de Educação: <b>COLÉGIO NOSSA SENHORA DAS DORES</b>		Nº da Unidade EDUCACENSO: <b>35100171</b>	

8. VEÍCULOS		
Marca/Modelo	Ano de Fabricação	Utilização
		<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Passeio
		<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Passeio

9. PESSOAS DO GRUPO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS PARTICULARES		
Nome	Escola	Valor da Parcela (em R\$)
<b>TOTAL</b>		

10. CONDIÇÕES DE SAÚDE		
Há casos de doenças crônicas na família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Ex: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, HIV, neurológicas - epilepsia - , cardíacas, outras)		
Nome	Tipo da Doença	Despesa Mensal (em R\$)
<b>TOTAL</b>		

Obs: Apresentar cópia do laudo médico atualizado e as despesas dos últimos 2 (dois) meses, quando preencher os campos deste item.

11. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (Ex: física, intelectual, sensorial auditiva ou visual, múltipla)		
Há pessoas com deficiência na família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nome	Tipo de Deficiência	Despesa Mensal (em R\$)
<b>TOTAL</b>		

12. DESPESAS MENSAS BÁSICAS:			
DESPESAS	VALOR (em R\$)	DESPESAS	VALOR (em R\$)
ÁGUA/ESGOTO		IPTU	
ENERGIA ELÉTRICA		IMPOSTO DE RENDA	
TELEFONE (FIXO + CELULAR)		INSS	
ALIMENTAÇÃO		TRANSPORTE ESCOLAR	
ALUGUEL		INTERNET	
CONDOMÍNIO		EDUCAÇÃO	
PLANO DE SAÚDE		OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO – FAVOR ESPECIFICAR	
IPVA		OUTRAS DESPESAS	
<b>SUB-TOTAL</b>		<b>SUB-TOTAL</b>	
		<b>SOMA TOTAL</b>	

