

ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Informações referentes ao ano de 2025

IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) aluno(a)	Série/Ano	Nº do CPF (se houver)
Endereço residencial:	Ponto referência:	
Nome da mãe:	Grau de Instrução:	
Contato mãe (número celular e e-mail atualizados):	Profissão:	
Nome do pai:	Grau de Instrução:	
Contato pai (número celular e e-mail atualizados):	Profissão:	

Grau Instrução: Analfabeto / Ensino Fundamental/ Ensino Fundamental Incompleto/ Ensino Médio /Ensino Médio incompleto / Curso Técnico / Superior

Estado Civil dos Pais:

() Casados () Separados ou divorciados () União estável () Outros: _____

GASTOS COM PENSÃO ALIMENTÍCIA (alguma relação de dependência econômica fora do grupo familiar em que o(a) candidato(a) esteja inserido(a))

Nome do dependente	Data nascimento	Parentesco com o (a) candidato (a)	Qual o valor dos gastos /ajuda financeira
1.			
2.			

Responsável financeiro na Unidade em que o (a) aluno (a) está matriculado (a)

Nome: _____ Contato telefônico _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL: Formal (CLT); Informal; Autônomo, MEI - Microempreendedor individual; Profissional Liberal, Estagiário, Funcionário Público, Aposentado, Desempregado (apresentar declaração), Outros etc.

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR - Esse quadro deve ser preenchido com as informações de todos os membros do grupo familiar que residam no mesmo endereço que o(a)candidato (a) à Bolsa Social de Estudo (inclusive o candidato)

Nome	Parentesco com aluno	Idade	Situação Profissional	Renda Mensal Bruta
01				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				

Se houver benefícios anotar nesse campo o número do benefício e nome do beneficiário

Tipos de benefícios: Pensão por morte previdenciária; Benefício da Prestação Continuada (PBC/LOAS), Outros benefícios (especificar e registrar o número do benefício.

TIPO DE CONDIÇÃO DO IMÓVEL (assinale a situação de acordo com a realidade do grupo familiar – devendo comprovar a situação)			
☐ Possui imóvel próprio ☐ Possui imóvel financiado : R\$ _____ ☐ Paga aluguel : R\$ _____ ☐ Imóvel cedido – Quem cedeu o imóvel? _____ (apresentar Declaração) ☐ Outra situação do imóvel: Qual? _____ (apresentar Declaração)			
DESPESAS COM TRANSPORTE ESCOLAR PARA O (OS) FILHO (S)			
Utilização de transporte escolar – Custo mensal: R\$ _____ Utilização de transporte público - Média de custo mensal: R\$ _____ ☐ Não há esse tipo de despesa.			
PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO (Federal, Estadual ou Municipal)			
Está inscrito no CadÚnico? ☐ Sim – Quem é a pessoa responsável pela Unidade familiar _____ ☐ Não estou inscrito (a) - Número do NIS (Número de Identificação Social): _____ De qual Programa Social é beneficiário (a)? (Programa Bolsa Família, Programa Cartão Família Carioca ou outros): _____ (especificar) – Valor R\$ _____			
DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA -apresentar Declaração IR completa com Recibo ou Declaração de que não declarou Imposto de Renda			
Quem declara Imposto de Renda? ☐ pai ☐ mãe ☐ avó/avô ☐ tia / tio ☐ aluno ☐ irmão ☐ Outro Isento no Imposto de Renda? ☐ pai ☐ mãe ☐ avó/avô ☐ tia / tio ☐ aluno ☐ irmão ☐ Outro			
INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NO GRUPO FAMILIAR (apresentar documento)			
Algum tipo de tratamento médico ou doença crônica no grupo familiar? Quem? ☐ pai ☐ mãe ☐ avó/avô ☐ tia / tio ☐ aluno ☐ irmão ☐ Outro ☐ Nenhum membro do grupo familiar Que tipo de tratamento? Nome do médico: Custo mensal: R\$			
Motivo da solicitação: Informar o motivo da solicitação da bolsa social, descrevendo a situação em que se encontra o seu grupo familiar de forma que a Assistente Social possa compreender os reais motivos da sua solicitação. Utilizar folha à arte e anexar a esse Formulário (Não é necessário que seja de próprio punho, mas precisa datar e assinar)			

DESPESAS MENSAS DO GRUPO FAMILIAR:

DESPESAS	VALOR MENSAL (Registrar o valor)	DESPESAS	VALOR MENSAL (Registrar o valor)
Recolhimento Previdência (Carnê INSS)		IPTU	
Contribuição mensal / MEI (DAS)		Plano de Saúde	
Aluguel / Financiamento do imóvel		Medicamento de uso contínuo	
Condomínio		Mensalidade Escolar	
Luz		Cursos	
Água		Transporte Escolar	
Gás (inclusive botijão)		Transporte público/combustível	
Telefone Fixo ou Celular		Alimentação	
TV por assinatura / Internet		Outras Despesas	

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações prestadas. Estou ciente das normas que regem o presente Edital, e, ainda, no caso de informações INVERÍDICAS, a QUALQUER TEMPO, poderá A BOLSA SOCIAL DE ESTUDO ser CANCELADA e exigido o RESSARCIMENTO dos VALORES.

Desde já, autorizo a divulgação do(s) nome(s) do(s) beneficiado(s) quando exigidos por Órgãos Públicos e competentes em razão de Legislação vigente.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Responsável

CAMPO PREENCHIDO PELO SERVIÇO SOCIAL		
PARA O CÁLCULO DA RENDA PER CAPITA	Total da Renda Familiar: R\$	
	Renda Per Capita: R\$	
	Assistente Social/Registro:	