



# OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DA IGREJA DE DEUS NO BRASIL

## FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

### SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO

ANO: 2018

#### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

##### INFORMAÇÕES DO PAI:

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Situação do Pai: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Separado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Renda bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_

##### INFORMAÇÕES DA MÃE:

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Situação da Mãe: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Separado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Renda bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_

##### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL: (Preencher somente quando este não for o pai e / ou mãe)

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Renda bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_  
Documento comprobatório da responsabilidade\*: \_\_\_\_\_  
Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Vigência: \_\_\_\_\_

\*Favor anexar a cópia do documento comprobatório informado

##### IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

##### SITUAÇÃO ESCOLAR:

Turma/2017: \_\_\_\_\_  
Pedido de Concessão de Bolsa Social de Estudo: ( ) Novo ( ) Renovação

**QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR:** (Iniciar o preenchimento do quadro com os dados da criança. Neste devem constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência, inclusive crianças.)

Nome Completo	Parentesco	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão Atividade	Renda(R\$)
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR (R\$)</b>						

**POSSUI OUTRA RENDA?** Aposentadoria R\$ \_\_\_\_\_ Pensão R\$ \_\_\_\_\_ Vendas diversas R\$ \_\_\_\_\_ Outros R\$ \_\_\_\_\_**IMÓVEL DE MORADIA:**

<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Herança	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cômodo Cedido	<input type="checkbox"/> Financiado
<input type="checkbox"/> Terreno Invaso	Valor do aluguel R\$ _____	Nome e Parentesco com proprietário:	Valor da Prestação R\$ _____	

**CONDIÇÕES DA MORADIA**

<input type="checkbox"/> Casa de Alvenaria Nº. de cômodos: _____	<input type="checkbox"/> Casa de Madeira Nº. de cômodos: _____	<input type="checkbox"/> Apartamento Nº. de cômodos: _____
---	---	---

**VEÍCULOS**

Marca/Modelo	Ano de Fabricação	Utilização	
		Comercial	Passeio

**BENS EXISTENTES NA MORADIA**

Discriminação	Quantidade	Discriminação	Quantidade
Computador <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Notebook <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**CONDIÇÕES DE SAÚDE**

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_ Faz uso contínuo de medicamento? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença	Despesa Mensal R\$
<b>TOTAL R\$</b>		

Doenças crônicas: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas (epilepsia), cardíaca, outras. Há caso de doença crônica na família?

Nome	Tipo da Doença	Despesa Mensal R\$
<b>TOTAL R\$</b>		

Pessoas com deficiência: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla (cfe decreto 3.298/99)

Nome	Tipo de Deficiência	Despesa Mensal R\$
<b>TOTAL R\$</b>		



