

**CADASTRO SOCIOECONÔMICO PARA BOLSA BENEFÍCIO**

2017-1

**1. IDENTIFICAÇÃO**

<b>Nome do funcionário:</b> _____		
CPF: _____ RG nº: _____ Data de Nascimento: ____/____/____		
Rua: _____ nº _____ apto _____		
Bairro: _____ Cidade: _____		
E- mail: _____ Telefone: _____		
Setor de Trabalho: _____ Telefone Trabalho: _____		
<b>Nome dos beneficiários da bolsa GRADUAÇÃO</b>	<b>Participou do ENEM?</b>	<b>Cursou o ensino médio em escola pública ou com bolsa integral em escola particular?</b>

**II – PERFIL CANDIDATO:**

**2.1 -** Você estudou o Ensino Médio em escola:

( ) Pública - Qual?.....

( ) Particular - Qual?.....

No caso de particular, se recebe bolsa de estudo, qual o percentual de bolsa recebida? .....

**2.2 –** Você reside: ( ) com a família ( ) sozinho ( ) com parentes ( ) pensão ( ) república ( ) outros  
Especificar:.....

**2.3 –** Você utilizará algum meio de transporte para se deslocar até a Unesc.

( ) Carro próprio

( ) Carro família

( ) Ônibus

( ) Moto

( ) Não utiliza

( ) Outros (especificar)\_\_\_\_\_

**III – PERFIL FAMILIAR E/OU INDIVIDUAL**

**3.1 –** Informações sobre todos que contribuem e/ou dependem da renda familiar (inclusive o próprio candidato):



3.2 - Você e/ou sua família recebe algum tipo de pensão alimentícia?  
( ) Sim ( ) Não Qual o valor: R\$ .....( )Cheque ( )dinheiro ( )depósito em conta  
De quem?.....Fone:.....

3.3 - Você e/ou sua família recebe algum tipo de renda agregada?  
( ) Sim ( ) Não Qual o valor: R\$ .....( )Cheque ( )dinheiro ( )depósito em conta  
De quem?.....Fone:.....

3.4 - Caso haja estudantes na família, estes estudam em escola:  
( ) particular Qual escola?.....Quantos?..... Valor da mensalidade: R\$ .....  
( ) pública Qual escola?..... Quantos?.....

3.5 - Alguém de sua família estuda na UNESC? ( ) Sim ( ) Não  
Quem?.....Que curso?.....Valor da mensalidade: R\$ .....

3.6 - Em outra universidade? ( ) Sim ( ) Não Qual universidade? .....  
Quem?.....Que curso?.....Valor da mensalidade: R\$ .....

3.7 - Existe doença crônica na família? ( ) Sim ( ) Não  
Qual:.....  
Quem é o portador?:.....  
Gastos possíveis de comprovação com o portador da doença. R\$:.....  
Medicação utilizada é adquirida em setor público? .....

3.8 - Você e/ou sua família possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não  
Qual: .....  
Quem?.....Valor mensal: R\$.....

3.9 - Você e/ou sua família possui algum consórcio? ( ) Sim ( ) Não  
Quantos?.....Quais?.....  
Em nome de quem?.....Valor mensal: R\$ .....

3.10 - Você e/ou sua família possui financiamento de veículo (carro ou moto)? ( ) Sim ( ) Não  
Quantos?.....Quais?.....  
Em nome de quem?.....Valor mensal: R\$ .....

3.11 - Você e/ou sua família possui financiamento pessoal e/ou poupança? ( ) Sim ( ) Não  
Qual o valor do financiamento: R\$ ..... Parcelado em .....vezes de R\$.....  
Qual o valor da poupança: R\$ .....

3.12 - Valor total de despesas mensais com água, luz, telefone e condomínio: R\$ .....

3.13 – Valor total de despesas mensais com alimentação e transporte: R\$ .....

3.14 – VALOR TOTAL DE DESPESAS (SOMA DOS ITENS 3.4 a 3.13): R\$ .....

#### IV. PATRIMÔNIO

4.1 - Você e/ ou sua família possui imóvel? Quem? .....

- ( ) Próprio – valor: R\$ ..... ( ) Cedido ( ) Herança  
( ) Alugado valor: R\$ ..... ( ) Financiado - valor da parcela: R\$ ..... Valor pago até o momento: R\$ .....  
( ) Outros ( ) Mais de um imóvel? Quantos:..... Valor: R\$ .....

4.1.1 - Características do imóvel:

- ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista

4.2 – Você e/ou sua família possuem Terreno(s)?

- ( ) em perímetro urbano. Quantos: ..... Valor: R\$ .....  
( ) em perímetro rural. Quantos: ..... Valor: R\$ .....  
( ) em perímetro praia. Quantos: ..... Valor: R\$ .....

4.3 - Você e/ ou sua família possui automóvel, moto, caminhão e/ou outros veículos de transporte? ( ) Sim ( ) Não  
Quantos?.....Qual?.....Quem?.....  
Qual o modelo e o ano? .....Valor: R\$ .....

4.4 - Caso haja empresa informar:

Nome da empresa:.....

CNPJ : .....

Nº de funcionários:.....

Valor estimado do patrimônio total da empresa: R\$ .....

4.5 – VALOR TOTAL DE PATRIMÔNIO (SOMA DOS ITENS 4.1 a 4.4): R\$ .....

Criciúma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Declaro que as informações prestadas no presente Formulário de Entrevista são verdadeiras e que estou ciente dos motivos de exclusão da concessão da bolsa de estudos do programa Bolsa Técnico Administrativo e Bolsa Dependente Unesc.

.....  
Assinatura do aluno (a) e/ou responsável

PARA USO DA UNESC (NÃO PREENCHER)

PARECER: ( ) favorável ( ) não favorável

.....  
Criciúma, ...../...../2016.

.....  
Assinatura e carimbo / Assistente Social