

FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA FILANTRÓPICA

Candidato: () já sou aluno () não sou aluno

Nome do aluno(a): _____ Ano Escolar pretendido: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Fone: _____

E-mail: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ Emissão: ____/____/____ CPF: _____

Responsável Financeiro: () Pai () Mãe () Outro: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Grau de instrução:

() Fundamental () Médio () Médio incompleto () Superior incompleto () Superior () Pós-Graduação

Profissão: _____ Telefone celular: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone Residencial: _____ E-mail: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ Emissão: ____/____/____ CPF: _____

Filiação: _____

Empresa: _____ Admissão: ____/____/____

Endereço Profissional: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone da empresa: _____

Faixa Salarial (em salários mínimos): () até 2 () 3 a 5 () 6 a 10 () 11 a 20 () 21 a 30 () acima de 30

Outras rendas: _____

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR:

Preencher o quadro abaixo com os dados das pessoas que residem na mesma casa com o aluno, devendo o mesmo estar incluso na listagem.

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda
Total				

DEPENDENTES QUE ESTUDAM:

Nome	Ano Escolar	Instituição de Ensino	Valor Pago

Renda Per Capita: _____

Percentual de bolsa/desconto solicitado: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Condições do Imóvel: () Próprio () Alugado - Informar encargos mensais: R\$ _____

() Cedido () Financiado - Informar o valor mensal financiado: R\$ _____

Possui Automóvel? () Sim () Não. Caso sim, especificar modelo e ano: _____

Quitado? () Sim () Não. Caso seja financiado, informe o valor da prestação mensal: R\$ _____

Possui plano de saúde? () Sim () Não. Caso sim, qual? _____

Algum membro do grupo familiar é portador de doença crônica? () Sim () Não. Caso sim, especifique: _____

Em caso de doença crônica, qual o valor médio mensal gasto em medicamentos? R\$ _____

Existe algum membro do grupo familiar com problemas de:

() Alcoolismo () Doença Mental () Dependência Química () Outro: _____

A família é beneficiada por algum Programa Social? () Sim () Não.

Caso sim, qual? _____

Valor das despesas fixas familiares: Energia Elétrica: R\$ _____ Água: R\$ _____ Telefone: R\$ _____

Canoas, ____ de _____ de _____.

Nome do responsável financeiro por extenso: _____

Assinatura do responsável financeiro

PARA USO DA ESCOLA

Percentual de filantropia concedido: _____ Justificativa: _____

Membros da Comissão Avaliadora: