**ANEXO II**

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO**

EDITAL Nº 11/ 2015 – CAPER/DAES/PRAE/UFRR - AUXÍLIOS

|  |
| --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE** |

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

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. fixo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Semestre atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Concluiu Ensino Médio: ( ) Escola Pública ( ) Escola Privada ( ) Escola privada-bolsista

Tem outro curso de graduação: ( ) Sim ( ) Não

Recebe algum auxílio /bolsa da UFRR?( ) Não ( )Sim Qual:---------------------------------------------------

Raça/cor

|  |
| --- |
| ( ) BRANCO ( ) PARDO ( ) NEGRO ( ) AMARELO ( ) INDÍGENA |

Classe sócioeconômica

|  |
| --- |
| CLASSE SALÁRIOS MÍNIMOS RENDA FAMILIAR  ( ) A Acima de 20 R$ 15.760,00 ou mais  ( ) B 10 a 20 R$ 7.880,00 a R$ 15.760,00  ( ) C 4 a10 R$ 3.152,00 a R$ 7.880,00  ( ) D 2 a 4 R$ 1.576,00 a R$ 3.152,00  ( ) E de zero Até R$ 1.576,00 |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR** |

**1.** Nome/ Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renda Bruta Mensal: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Nome/ Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renda Bruta Mensal: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.** Nome/ Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renda Bruta Mensal: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO E RENDA FAMILIAR**  (Pessoas que moram na mesma casa, incluindo o requerente. **Discentes que residem em república ou pensão/pensionato e se declararam independentes não precisam preencher os nomes dos colegas de moradia**). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | | | **Idade** | | | **Est. Civil** | | **Parentesco** | | | | **Profissão/Atividade** | | | | **Escolaridade \*** | | | **Situação Atual \*\*** | | **Renda Mensal** |
|  | | |  | | |  | | **Requerente** | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| **Outras rendas (especificar)\*\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Renda Total Familiar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **\*Escolaridade:** Não Alfabetizado, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior Completo.  \*\* **Situação Atual:** **T** trabalha **D** desempregado **DL** do lar **A** aposentado **P** pensionista **I** incapacitado (doença) **E** estudante **EST** estagiário.  **\*\*\* Outras Rendas:** Trabalho informal, bolsas e auxílios disponibilizados pela UFRR ou outras instituições, pensão alimentícia, imóvel alugado, programas sociais do Governo Federal e Estadual. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VEÍCULOS DA FAMÍLIA (inclusive do discente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Proprietário | | | | | Utilidade do veículo passeio ou trabalho | | | | | | | | Marca | | | | | Modelo/Ano | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **IMÓVEL OU MORADIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Próprio | ( ) Alugado | | | ( ) Cedido | | | | | ( ) Financiado ( ) casa de parentes ou amigos. | | | | | | | | | | | | |
|  | | Valor do aluguel: R$ | | | | | | | | |  | | | | Valor da Prestação: R$ | | | | | | |
| **IMÓVEL OU MORADIA DO ACADÊMICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Próprio ( )Alugado ( )Cedido ( )Financiado ( ) casa de parentes ou amigos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | ( ) Cedido | ( ) Financiado |
| Valor do aluguel: R$ Valor da Prestação: R$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Valor da Prestação: R$ | Valor da Prestação: R$ |
| **PESSOAS QUE ESTUDAM EM OUTRAS ESCOLAS OU CURSOS PARTICULARES (PAGOS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | | | | | | | **Escola** | | | | | | | | | | **Valor da Parcela** | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **CONDIÇÕES DE SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Há algum familiar ou outro dependente que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Faz uso contínuo de medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Valor da despesa com saúde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA**  **Há algum familiar ou outro dependente com deficiência\*? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\*Tipo de deficiência: ( )cegueira ( )baixa visão ( ) surdez ( )deficiência auditiva ( )deficiência física( )surdo cegueira ( ) deficiência múltipla ( ) deficiência mental (Conforme Decreto 3.298/99)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | | | | | | | **Tipo de Deficiência** | | | | | | | | | | **Despesa Mensal R$** | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **DESPESAS MENSAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Despesas declaradas e comprovadas (xerox)** | | | | | | | | | | **Valor R$** | | | | **Despesas declaradas** | | | | | | **Valor R$** | |
| Água | | | | | | | | | |  | | | | Celular | | | | | |  | |
| Luz | | | | | | | | | |  | | | | Internet | | | | | |  | |
| Imposto de Renda | | | | | | | | | |  | | | | Transporte | | | | | |  | |
| IPTU | | | | | | | | | |  | | | | Outro tipo de despesa | | | | | |  | |
| Aluguel | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| Educação (ensino privado) | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| Financiamento casa | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| Financiamento transporte | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| Saúde | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| Telefone fixo | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| ***Total*** | | | | | | | | | | ***R$*** | | | |  | | | | | | ***R$*** | |

DESCREVA DE MANEIRA CLARA, DETALHADA E LEGÍVEL ALGUNS DADOS AINDA NÃO DEMONSTRADOS ANTERIORMENE, QUE POSSIBILITEM ESCLARECER MELHOR A SUA SITUAÇÃO SOCIOECONÖMICA E DE SUA FAMÍLIA.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Declaro, ainda, estar ciente** de que os dados apresentados serão submetidos a uma análise técnica, e se caso for convocado (a) deverei comparecer para entrevista com a Comissão Avaliadora em data/horário previamente agendados pela Instituição, portando os originais dos documentos anexados a este formulário.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Acadêmico