

ANEXO 03

FORMULÁRIO SOCIOECÔNOMICO (OBRIGATÓRIO)

NOME: _____

CURSO PRETENDIDO: _____ **ANO DE INGRESSO:** _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **IDADE:** ____.

NATURALIDADE: _____ **ESTADO:** _____

ESTADO CIVIL: _____ **SEXO:** _____ **RG:** _____

CPF: _____ **ENDEREÇO: RUA/AV.** _____

Nº _____ **COMPLEMENTO:** _____ **BAIRRO:** _____

_____ **CIDADE/ ESTADO:** _____

CEP: _____ **TELEFONE:** _____ **CELULAR:** _____

E-MAIL: _____.

1. TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

() Não

() Sim, deficiência auditiva () Sim, deficiência visual () Sim, deficiência física () Outras

2. TEM FILHOS?

() Não () Sim - Quantos? _____

3. FILIAÇÃO:

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Grau Instrução Mãe: () Não Alfab. () E. Fundam. () E. Médio () E. Superior

Grau Instrução Pai: () Não Alfab. () E. Fundam. () E. Médio () E. Superior

Falecimento:

() Não falecido

() Sim, Pai Há quanto tempo? _____ Causa da morte: _____

() Sim, Mãe Há quanto tempo? _____ Causa da morte: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A VIDA ESCOLAR:

1. ESTUDOU O ENSINO FUNDAMENTAL EM ESCOLA?

() Pública () Particular () Particular com bolsa integral

2. E O ENSINO MÉDIO?

() Pública () Particular () Particular com bolsa integral

3. VOCÊ POSSUI CURSO SUPERIOR?

() Não () Sim. Qual? _____

4. VOCÊ POSSUI CONTA CORRENTE OU POUPANÇA ABERTA EM SEU NOME?

() Não

() Sim – Qual Banco? _____ () Conta Corrente () Conta Poupança

Nº da Agência: _____ Nº da Conta: _____

OBS: Não será aceito Conta Salário ou Conta Conjunta ou Conta em nome de outro titular.

LISTE ABAIXO SEU NOME E OS NOMES DAS PESSOAS QUE RESIDEM COM VOCÊ:

	NOME	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	GRAU DE ESCOLARIDADE	ORIGEM RENDA (profissão, pensão alimentícia ou por morte, aluguel, benefício.)	RENDA BRUTA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

OUTRAS RENDAS – em R\$	
A- Pensão Alimentícia (a receber)	R\$
B - Rendas de Aluguel (a receber)	R\$
C - Programas Sociais de Transferência de Renda do Governo Federal (Bolsa Família/BPC)	R\$
D - Seguro desemprego	R\$
E - Aposentadoria	R\$
F - Pensão por morte	R\$
G - Auxílio doença, auxílio reclusão, auxílio acidente e salário maternidade	R\$
H - Auxílio Financeiro	R\$
Total de outras rendas:	R\$

DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FÍSICA (IRPF)
Algum membro do grupo familiar declarou imposto de renda da pessoa física em 2024? () sim () não

ASPECTOS DE MORADIA

1. ONDE RESIDE?

- ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Sítio/Chácara/Fazenda ☐ Albergue ☐ Assentamento ☐ Ocupação
☐ Moradia Irregular ☐ República/Pensionato ☐ Outros: _____

2. O IMÓVEL É?

- ☐ Próprio – Há quanto tempo? _____
☐ Financiado – Em quantos anos? _____ Valor mensal? R\$ _____
☐ Cedido – Por quem? _____ Há quanto tempo? _____
☐ Alugado – Valor Mensal? R\$ _____

3. NÚMERO DE CÔMODOS: _____

4. ÁREA: ☐ Rural ☐ Urbana

5. CARACTERÍSTICAS DA MORADIA:

- ☐ Alvenaria/Tijolo
☐ Madeira
☐ Mista

6. A FAMÍLIA POSSUI IMÓVEL PARA LOCAÇÃO?

- ☐ Não
☐ Sim – Quantos imóveis? _____ Qual o valor da renda dos aluguéis? R\$ _____

7. INFRAESTRUTURA DA RESIDÊNCIA:

a. Há saneamento básico na sua residência?

- ☐ Sim, possui água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo regular
☐ Parcial, possui abastecimento de água, mas sem rede de esgoto
☐ Parcial, possui fossa séptica em vez de rede de esgoto
☐ Não possui abastecimento de água regular, nem rede de esgoto adequada

- ☐ Sim
- ☐ Não

c. Há rede elétrica na residência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. ACESSO A TECNOLOGIA E RECURSOS PARA OS ESTUDOS

a. Há ligação de internet na rua?

- ☐ Sim
- ☐ Não

b. Há internet disponível no local de sua moradia?

- ☐ Sim, com conexão fixa (fibra óptica, cabo, etc.)
- ☐ Sim, mas apenas por dados móveis (chip de celular)
- ☐ Não

c. Você tem acesso a um computador ou notebook para estudar?

- ☐ Sim, próprio
- ☐ Sim, compartilhado com a família
- ☐ Não

d. Você tem acesso a internet de qualidade para acompanhar atividades online?

- ☐ Sim, com boa velocidade
- ☐ Sim, mas com dificuldades (internet lenta ou instável)
- ☐ Não

e. Você possui um smartphone para acompanhar aulas ou acessar materiais candidatos?

- ☐ Sim, de uso próprio
- ☐ Sim, mas compartilho com a família
- ☐ Não

f. Você tem um local adequado para estudar?

- () Sim, tenho um ambiente tranquilo e iluminado.
- () Sim, mas há dificuldades (barulho, falta de espaço, etc.).
- () Não, não tenho um local adequado.

g. Você possui materiais básicos para acompanhar as aulas (cadernos, canetas, livros, etc.)?

- () Sim
- () Não

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

9. ALGUÉM NA SUA FAMÍLIA RECEBE ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO SOCIAL? (Bolsa Família, Renda Cidadã, BPC, Ação Jovem, etc.)

- () Não
- () Sim – Qual? _____

10. POSSUI CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL (CAD. ÚNICO)?

- () Não
- () Sim

11. ALGUÉM NA SUA FAMÍLIA ESTÁ DESEMPREGADO E BUSCANDO EMPREGO?

- () Não
- () Sim – Quantas pessoas? _____

12. ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA JÁ FEZ OU ESTÁ CURSANDO ENSINO SUPERIOR?

- () Não
- () Sim

13. VOCÊ TEM ALGUMA RESPONSABILIDADE QUE PODE DIFICULTAR SUA FREQUÊNCIA NAS AULAS?

- () Sim, trabalho para ajudar na renda da família
- () Sim, cuidado de filhos ou familiares
- () Não

14. VOCÊ TEM ALGUMA CONDIÇÃO DE SAÚDE QUE PODE IMPACTAR SEUS ESTUDOS?

- () Não
- () Sim – Qual? _____

15. VOCÊ TEM ACESSO REGULAR À ALIMENTAÇÃO PARA SEGUIR SUA ROTINA DE ESTUDOS?

- () Sim
- () Não

TRANSPORTE E DESLOCAMENTO

1. COMO VOCÊ PRETENDE SE DESLOCAR ATÉ O UNIFEMM?

- () Transporte público () Bicicleta () Veículo próprio ou carona () A pé
- () Outros: _____

2. VOCÊ TEM DIFICULDADE PARA ARCAR COM OS CUSTOS DO TRANSPORTE?

- () Sim
- () Não

3. QUANTO TEMPO VOCÊ LEVARÁ PARA CHEGAR AO UNIFEMM?

- () Menos de 30 minutos
- () Entre 30 minutos e 1 hora
- () Mais de 1 hora

SAÚDE FAMILIAR

1. ALQUÉM REALIZA TRATAMENTO CONTÍNUO EM SAÚDE

() Não

() Sim – Quem? _____

2. HÁ PESSOAS ACAMADAS?

() Não

() Sim- Quem? _____

3. POSSUI ALGUMA DESPESA CONTÍNUA COM SAÚDE?

() Não

() Sim - Quanto? R\$ _____

4. POSSUEM PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA?

() Não

() Sim

**5. HÁ ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR QUE FAZ TRATAMENTO DE DOENÇA CRÔNICA
E FAZ USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS?**

() Não

() Sim. Quais? _____

6. HÁ ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR COM DEFICIÊNCIA?

() Não

() Sim. Quais? _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. VOCÊ ENFRENTA DIFICULDADES PARA ESTUDAR? SE SIM, QUAIS SÃO ELAS?

2. CASO TENHA LIMITAÇÕES FINANCEIRAS, QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS?

3. **OPCIONAL:** Caso deseje, utilize o espaço abaixo para compartilhar informações adicionais que considerar relevantes e que não tenham sido abordadas neste questionário. Você pode contar um pouco sobre sua história de vida, desafios enfrentados e como este benefício assistencial pode contribuir para a realização dos seus sonhos.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

() Declaro, sob minha responsabilidade, que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, ciente de que a prestação de informações falsas ou omissões poderão resultar na perda do benefício e na aplicação das penalidades previstas no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica) e demais sanções civis e administrativas cabíveis, conforme legislação aplicável, incluindo a Lei nº 12.101/2009.

ANEXO 04**TERMO DE RESPONSABILIDADE – DOCUMENTOS APRESENTADOS**

Eu, _____, CPF nº _____, declaro, sob minha inteira responsabilidade, que todas as cópias dos documentos apresentados são autênticas. Tenho ciência de que a apresentação de documentos inidôneos ou falsos poderá acarretar as penalidades previstas no artigo 299 do Código Penal, além de outras sanções legais aplicáveis.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno

Assinatura do Responsável
(Aluno Menor de 18 anos)

ANEXO 05**DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE BENEFÍCIOS EDUCACIONAIS**

Eu, _____ CPF nº _____ RG nº _____
_____ residente e domiciliado à Rua _____ nº _____
complemento _____ Bairro _____ Cidade _____
_____ Estado _____, candidato à **Bolsa Assistencial CEBAS – UNIFEMM**, venho, por meio desta, declarar para os devidos fins que:

1. ☐ **NÃO SOU BENEFICIÁRIO** de nenhum outro programa governamental ou institucional que conceda bolsa ou desconto nas mensalidades do curso superior, seja ele federal, estadual ou municipal.
2. ☐ **SOU BENEFICIÁRIO** de um ou mais dos seguintes programas e entendo que, caso seja contemplado com a Bolsa Assistencial CEBAS, **deverei optar por um dos benefícios, conforme previsto no edital:**

☐ PROUNI (bolsa integral ou parcial)
☐ Bolsa estadual ou municipal de isenção
☐ Outro programa governamental de gratuidade de mensalidade
(especificar): _____

3. ☐ **SOU BENEFICIÁRIO** de um ou mais programas que **NÃO interferem na concessão da Bolsa Assistencial CEBAS**, pois possuem finalidade distinta e podem ser acumulados:

☐ FIES (Fundo de Financiamento Estudantil)
☐ Auxílio Permanência
☐ Auxílio Moradia
☐ Auxílio Transporte
☐ Bolsa de Pesquisa ou Extensão
☐ Outro benefício compatível (especificar): _____

Declaro estar ciente de que **a omissão de informações ou a prestação de dados inverídicos poderá acarretar o cancelamento da bolsa a qualquer tempo**, com efeitos retroativos, além de possíveis sanções administrativas, civis e penais previstas na legislação vigente.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Sete Lagoas _____ de _____ de 2025.

Nome:

CPF: