

## Formulário de solicitação de Bolsa de Estudo

**Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo:** ( ) Novo Aluno ( ) Aluno Veterano

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

**Nome:** \_\_\_\_\_ Possui CadÚnico: ( ) Sim ( ) Não

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino Raça/Cor/Etnia: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Pardo ( ) Preta ( ) Indígena

Série/ano que está cursando: \_\_\_\_\_ Série/ano que cursará próximo ano: \_\_\_\_\_

Endereço da criança: ( ) reside apenas com a mãe ( ) reside apenas com o pai ( ) reside com mãe e pai  
( ) reside com outros familiares, quem são: \_\_\_\_\_

Escola que estuda: \_\_\_\_\_

Informar percentual de bolsa do ano anterior \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

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

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Não estudou. ( ) 1ª à 4ª série do ensino fundamental. ( ) 5ª à 8ª série do ensino fundamental

( ) Ensino médio. ( ) Ensino superior incompleto. ( ) Ensino superior completo. ( ) Pós-graduação.

Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_

( ) Assalariado ( ) Liberal ( ) Autônomo ( ) Aposentado/Pensionista ( ) Empregador ( ) Servidor Público

( ) Trabalhador Rural ( ) Afastado (auxílio doença/ acidente de trabalho) ( ) Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

End. Resid.: ( ) o mesmo acima ( ) outro, qual? \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

Endereço Profissional: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone Com.: ( ) \_\_\_\_\_

**Salário BRUTO:** \_\_\_\_\_ Mês de Referência: \_\_\_\_\_

Responsável financeiro junto ao Colégio? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

### IDENTIFICAÇÃO DO PAI

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

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Não estudou. ( ) 1ª à 4ª série do ensino fundamental ( ) 5ª à 8ª série do ensino fundamental

( ) Ensino médio ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-graduação

Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_

( ) Assalariado ( ) Liberal ( ) Autônomo ( ) Aposentado/Pensionista ( ) Empregador ( ) Servidor Público

( ) Trabalhador Rural ( ) Afastado (auxílio doença/ acidente de trabalho) ( ) Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

End. Resid.: ( ) o mesmo acima ( ) outro, qual? \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

Endereço Profissional: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone Com.: ( ) \_\_\_\_\_

**Salário BRUTO:** \_\_\_\_\_ Mês de Referência: \_\_\_\_\_

Responsável financeiro junto ao Colégio? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

**OUTROS RENDIMENTOS**

Pensão (judicial \_\_\_ sim \_\_\_ não) R\$ \_\_\_\_\_

Aposentadoria: R\$ \_\_\_\_\_

Pensão Civil ou Militar R\$ \_\_\_\_\_

Pró-labore (ou afim) R\$ \_\_\_\_\_

Poupança e/ou outras aplicações R\$ \_\_\_\_\_

Auxílio recebido de pessoas não declaradas como integrantes do grupo familiar R\$ \_\_\_\_\_ (apresentar declaração de próprio punho do doador e cópia da identidade do mesmo)

Outros Rendimentos (especificar) R\$ \_\_\_\_\_ (apresentar comprovante ou declaração)

\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****HABITACIONAIS**

Tipo de Imóvel:

- ( ) Próprio Quitado. ( ) Herdado
- ( ) Próprio Financiado Valor da parcela mensal: R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) Alugado Valor do aluguel mensal: R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) Cedido/Empestado. Por quem? \_\_\_\_\_ (apresentar declaração de quem cede)
- ( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

A família possui outros imóveis além da moradia? ( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_

Recebimento de aluguéis: R\$ \_\_\_\_\_

- ( ) Casa ( ) Apartamento ( ) Barracão ( ) Lote ( ) Sítio/Chácara/ Fazenda

**AUTOMÓVEIS**

Marca	Modelo	Ano	Situação
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____

**NÚCLEO FAMILIAR****Relação de membros do grupo familiar (todas as pessoas da casa, inclusive o requerente)**

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda (bruta)	Declara IR?
		Próprio aluno			___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não

Renda Bruta (bruta = sem os descontos) total mensal do grupo familiar: \_\_\_\_\_

**EDUCAÇÃO****Membros do grupo familiar que estudam (inclusive os adultos)**

Nome	Série/Ano	Instituição de Ensino/Curso	Valor Mensal
<b>Despesa total mensal do grupo familiar:</b>			

**SAÚDE**

**Membros do grupo familiar que apresentam patologias  
(pessoas submetidas a tratamentos médicos, terapêutico e/ou que façam uso contínuo de medicamentos e portadores de deficiência física)**

Nome	Idade	Parentesco	Patologia	Despesa Mensal
<b>Despesa total mensal do grupo familiar:</b>				

**PROGRAMAS SOCIAIS**

O grupo familiar participa de programas de transferência de renda? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

- ( ) Programa de Erradicação do trabalho Infantil – PETI  
 ( ) Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano  
 ( ) Programa Bolsa Família e os programas remanescentes nele unificados  
 ( ) Programa Nacional de Inclusão do Jovem – Pró-Jovem  
 ( ) Auxílio Emergencial (desastre, calamidade pública ou situação emergencial)  
 ( ) Benefício de Prestação Continuada - BPC (LOAS)  
 ( ) Outros. Especificar \_\_\_\_\_ -

**DESPESAS MENSAIS BÁSICAS**

Despesas	Valor R\$	Despesas	Valor R\$
Aluguel / SFH (Financiamento)		Transporte Escolar	
Água		Mensalidade Escolar (total)	
Luz		Plano de Saúde	
IPTU		Medicamentos	
Telefone		Cursos livres	
Condomínio		Outros	
Alimentação		Outros	
<b>Total das Despesas mensais:</b>			

O Solicitante, por si e na qualidade de responsável legal e financeiro do(a) beneficiário(a)/aluno(a), declara de forma expressa o seu consentimento quanto ao processamento, tratamento e armazenamento, pela Associação Propagadora Esdeva, dos dados que sejam necessários para perfeita verificação da situação socioeconômica do solicitante, também se declarando expressamente ciente que tais dados poderão ser compartilhados com terceiros ou instituições públicas que estejam envolvidos, tenham relação legal ou de supervisão da prestação dos serviços educacionais. O consentimento ora expresso engloba todos os dados fornecidos ou que venham a ser obtidos por esta, seja de qual natureza for, inclusive os dados sensíveis, desde que exclusivamente relacionados com a prestação de serviços educacionais ora previstos e destinados à sua execução, assim como para concessão de benefício filantrópico. O Solicitante concorda expressamente que os seus dados que não sejam sensíveis poderão ser processados, tratados e armazenados mesmo após o encerramento da relação entre as partes, podendo, se quiser, solicitar a cessão ou eliminação do tratamento e/ou a portabilidade deste.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me, ainda, ciente de que a falsidade ou divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício a qualquer tempo, caso tenha sido concedido bem como estarei sujeito às sanções cíveis e penais. Tenho conhecimento do edital que normatiza as regras para o pedido de bolsa.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Financeiro

\_\_\_\_\_  
CPF

**OBSERVAÇÕES (OPCIONAL)**


**PARECER DO SERVIÇO SOCIAL**


Renda Bruta Mensal: R\$ \_\_\_\_\_ Renda Per Capita: R\$ \_\_\_\_\_ N° Membros do Grupo Familiar: \_\_\_\_\_  
( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO PERCENTUAL CONCEDIDO: ( ) 100% ( ) 50%

\_\_\_\_\_  
Assistente Social responsável (carimbo e assinatura)

Data do parecer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_