



FICHA SOCIOECONOMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA
Educação Superior

Dados Preliminares

Instituição de Ensino Mantida: _____ Polo: _____
CNPJ: 33.621.384 []- _____
Educação: () Infantil () Fundamental () Médio () Profissional () EJA () Superior
Curso: _____ Ano: _____ Série: _____
Processo: () Renovação () Novatos

Identificação do (a) Candidato(a)

Nome Completo: _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não
O(a) candidato(a) já é bolsista ou possui desconto comercial na CNEC?
() Não () Sim- qual tipo de bolsa/desconto _____ - _____ %

O(a) Candidato(a) estudou o Ensino Médio em:

() Escola Pública () Escola Privada com bolsa integral () Escola Privada () Parte Escola Pública Parte Escola Privada

O(a) Candidato(a) possui Financiamento Estudantil (FIES)?

() Não () Sim – Percentual: _____ %

O(a) Candidato(a) é professor efetivo da Rede Pública de Ensino e pretende vaga em cursos de formação para magistério?

() Não () Sim – Qual Curso/Titulação: _____

O(a) Candidato(a) possui formação superior?

() Não () Sim – Qual Curso/Titulação: _____

O(a) Candidato(a) tem vínculo acadêmico em outra Instituição?

() Não () Sim – Qual Instituição: _____

A empresa do(a) candidato(a) fornece algum tipo de auxílio para fins de bolsa de estudo?

() Não () Sim

O(a) candidato(a) irá assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC?

() Não () Sim

Moradia do(a) candidato(a) (Marque com um X)

| Em área urbanizada | Em área de vulnerabilidade e risco | Em área rural |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| () Moradia própria | () Moradia própria | () Moradia própria |
| () Financiamento comum | () Moradia Alugada | () Moradia Alugada |
| () Financiamento moradia popular | () Moradia Cedida | () Moradia Cedida |
| () Moradia Alugada | () Cômodo Cedido | () Cômodo Cedido |
| () Moradia Cedida | () Posse | () Posse |
| () Cômodo Cedido | | |
| () Moradia cedida governamental | | |
| () Posse | | |

Cônjuge do(a) Candidato(a)

Nome Completo: _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não





Filiação - Mãe

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Filiação - Pai

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Representante legal (OBS. Preencher somente em caso de guarda judicial, tutela, ou comprovante de órgãos afins).

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Bens do Grupo Familiar (Imóveis, Automóveis e outros).

| Nº | Descrição | Valor do Bem | Valor da parcela do financiamento (se for o caso) |
|----|-----------|--------------|---|
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |

Outros tipos de renda

| Nº | Descrição | Valor R\$ | Parentesco | A ser preenchido | CNEC |
|----|--------------------------------------|-----------|------------|------------------|------|
| 01 | Recebe aluguel de imóveis ou outros? | | | A ser preenchido | |
| 02 | Recebe ajuda de terceiros? | | | | |
| 03 | Outros | | | | |

Membros da família que recebem benefícios

| Nº | Descrição | Valor R\$ | Parentesco | A ser preenchido | CNEC |
|----|--|-----------|------------|------------------|------|
| 01 | Aposentadoria | | | A ser preenchido | |
| 02 | Auxílio Doença | | | | |
| 03 | Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual) | | | | |





| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 04 | Benefício de Prestação Continuada – BPC | | | |
| 05 | Bolsa Família/PETI/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal | | | |
| 06 | Pensão Alimentícia | | | |
| 07 | Pensão por Morte | | | |

Outro membro do grupo familiar concorrendo à bolsa de estudo na Instituição Educacional Mantida ?

- () Não () Sim: 1. _____ (Série/Ano) _____
 2. _____ (Série/Ano) _____
 3. _____ (Série/Ano) _____

Grupo Familiar (informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o(a) candidato(a))

| Nº | Nome Completo | Parentesco | Data de Nascimento | Profissão | Idade | Renda Valor R\$ | A ser preenchido pelo BEN | CNEC | |
|--------------------------------------|---------------|--------------|--------------------|-----------|-------|-----------------|---------------------------|------|--|
| 01 | | CANDIDATO(A) | / / | | | | | | |
| 02 | | | / / | | | | | | |
| 03 | | | / / | | | | | | |
| 04 | | | / / | | | | | | |
| 05 | | | / / | | | | | | |
| 06 | | | / / | | | | | | |
| 07 | | | / / | | | | | | |
| 08 | | | / / | | | | | | |
| 09 | | | / / | | | | | | |
| 10 | | | / / | | | | | | |
| 11 | | | / / | | | | | | |
| 12 | | | / / | | | | | | |
| Valor da renda familiar mensal bruta | | | | | | R\$ | | | |
| Valor da renda per capita mensal | | | | | | R\$ | | | |

Pessoas com deficiência e doença crônica

O(a) candidato(a) possui deficiência, conforme o decreto 3298/1999? () Não () Sim

Em caso afirmativo, está apto a exercer atividade laboral/trabalho? () Não () Sim

Assinale em caso positivo:

() Deficiência Física () Deficiência Mental () Deficiência Auditiva () Deficiência visual () Deficiência Múltipla

Custo Mensal: R\$ _____

Alguns dos membros do grupo familiar possuem doença crônica/ deficiência? (Somente as que impossibilitem para o trabalho ou que o tratamento gere custos não cobertos pelo SUS)

() Não () Sim: **Qual doença?** _____

Custo Mensal: R\$ _____

Motivos pelos quais solicita a bolsa

- () Financeiros
 () Qualidade do Ensino
 () Localização da Instituição Educacional Mantida
 () Perfil socioeconômico conforme o Edital
 () Todos os tópicos acima
 () Outros _____

Declaro sob as penas da lei, que li o edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo da CNEC que concordo e estou ciente das informações prestadas nesta ficha de inscrição, bem como é de minha inteira responsabilidade o acompanhamento dos prazos e procedimentos.

Por ser verdade firmo o presente.

_____, ____/____/201____

Local e Data

Assinatura do Responsável