



FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA FILANTRÓPICA

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 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\$ _____

Documentação necessária:

Cópia do CPF e Identidade do aluno e integrantes do grupo familiar que residem com o aluno (a);

Cópia do comprovante de rendimentos de todos os componentes do grupo familiar que residem com o aluno (a) e responsável financeiro (São aceitos como comprovante de rendimentos: declaração completa de Imposto de renda, Contracheques assinado e decore do contador).

Em caso de pessoas consideradas “Do Lar” deve conter declaração de próprio punho, declarando sobre as penas da lei (Art. 299 do Código Penal) informando que não possuem renda e apresentar carteira de trabalho. Aqueles que não possuem Decore ou Declaração do Imposto de Renda deve conter declaração de próprio punho informando o ramo em que atua, valor da renda mensal, contendo reconhecimento de firma em cartório.

Cópia da última conta de luz, água e telefone (Em caso de pessoas que residem de aluguel e as contas estiverem no nome do proprietário do imóvel, deverão apresentar o contrato e/ou uma declaração de próprio punho assinada pelo proprietário informando que residem neste imóvel);

Cópia do comprovante de pagamento de aluguel ou prestação de casa própria;

Cópia do comprovante de pagamento da última mensalidade de outros componentes familiar que estudam em instituição particular de ensino;

Atestado ou declaração de profissional de saúde, referente a deficiência ou doença de qualquer componente do grupo familiar.

OBS.: Somente serão analisadas as fichas que estiverem preenchidas corretamente, assinadas e com total apresentação dos documentos solicitados.

A presente declaração é feita sob as penas da Lei, ficando o(a) declarante ciente que em caso de falsidade ficará sujeito às sanções legais.

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:

