



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 dos três meses anteriores 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, contracheque assinado e decore do contador).
- ✓ Cópia da Carteira de Trabalho (das seguintes páginas: foto, qualificação civil, o último contrato de trabalho e da página seguinte em branco);
- ✓ 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 familiares 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;
- ✓ Ficha socioeconômica devidamente preenchida e assinada;
- ✓ **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 possuírem 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.**

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: