



ANEXO II
FICHA SOCIOECONÔMICA para BOLSA EDUCACIONAL ano 2024

I. Identificação

Aluno: _____ Data Nasc.: ____/____/_____
Endereço: _____ Sexo: () Masc. () Fem.
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Fone: _____ Celular: _____ CPF: _____

II. Responsáveis

Responsável pelo(a) aluno(a): _____
Grau parentesco: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço _____ Fone: _____ Cel.: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Local de trabalho: _____ Fone comercial: _____
Remuneração Bruta (R\$): _____ Referente mês: _____ Outra renda (R\$): _____

Nome do cônjuge: _____

Grau parentesco com aluno(a): _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Cel. _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Local de trabalho: _____ Fone comercial: _____
Remuneração Bruta (R\$) _____ Referente mês: _____ Outra renda (R\$): _____
Nome do Responsável Financeiro / Contratante junto à instituição: _____

III. Outros Contribuintes da Renda Familiar

Nome: _____
Grau parentesco com aluno(a): _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço _____ Fone: _____ Cel.: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Local de trabalho: _____ Fone comercial _____
Remuneração Bruta (R\$): _____ Referente mês: _____ Outra renda (R\$): _____

Nome: _____
Grau parentesco com aluno(a): _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço _____ Fone: _____ Cel.: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Local de trabalho: _____ Fone comercial _____
Remuneração Bruta (R\$): _____ Referente mês: _____ Outra renda (R\$): _____

IV. Outros Dependentes da Renda Familiar

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda (R\$)



V. Casos especiais

No grupo familiar, há casos de pessoa portadora com deficiência? Se sim, informe qual a deficiência? _____

Necessita de medicação de uso contínuo? Se sim, qual? _____

Valor mensal de gastos com medicação? _____

VI. Despesas Mensais (R\$)

Moradia: () Própria () Cedida () Alugada ou Financiada: Custo mensal de: _____

Luz: _____ Telefone: _____ Água: _____ Condomínio: _____ Outras: _____

Possui veículo: () Não () Sim. Qual (marca/ano/modelo)? _____

Total da renda familiar mensal (R\$): _____ **Renda per capita (R\$):** _____
(renda bruta dividida pelo número de dependentes)

VII. Outras informações que julguem necessárias

Declaração

Declaro sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro) que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Concordei em anexar documentos comprobatórios e autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização, dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da instituição para averiguação das informações prestadas.

Vila Velha/ES, ____ de _____ de _____.

Responsável

PARA USO DA ESCOLA LUTERANA

Obs.: _____

Parecer: Situação () Deferido () Indeferido

Bolsa educacional concedida: _____% para o ano de **2024**.

Vila Velha/ES, ____ de _____ de _____.

Escola Luterana