**Anexo III**

**FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**Sugestão de horário para entrevista**

Manhã ( ) Tarde ( )

| **FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( ) Auxilio Acadêmico ( ) Auxílio Moradia ( )PROMISAES ( ) Outros** | | | | | |
| **I - IDENTIFICAÇÃO** | | | | | |
| **Nome:** | | | | | |
| **Nome social:**  **(Resolução CONSUNI 008/2015)** | | | | | |
| **Idade:** | | | **Sexo:** ( ) M ( ) F | | |
| **Data de Nascimento** | **Naturalidade** | | **RG:** | | **CPF** |
| **Curso:** | | | **Forma de ingresso:** | | **Período:** |
| **Nº Matrícula:** | | | **Coeficiente:** |
| **E-mail**: | | | | | |
| **Endereço do Discente:**  Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N˚ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ponto de Referência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Estado Civil**  ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Separado(a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) União Estável | | | | | |
| **Você tem filho(S)?** ( ) Sim ( ) Não **. Em caso Afirmativo Quantos**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tem outros dependentes?** ( ) Sim ( ) Não**. Em caso afirmativo Quantos**?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Possui alguma deficiência?**( ) Sim ( ) Não **Em caso afirmativo qual?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **II - INFORMAÇÕES SOBRE A VIDA ESCOLAR** | | | | | |
| **Já cursou outra Universidade?** ( ) Sim ( ) Não **Concluiu** ( ) Sim ( ) Não  **Se cursou, qual Universidade?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **( ) Pública ( ) Privada Em qual ano parou?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Qual o motivo?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cursou Ensino Médio em escola:** ( ) Pública ( ) Privada  **Se estudou em escolas particulares, obteve auxílio/bolsa?** ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
| **III - INFORMAÇÕES FAMILIARES** | | | | | |
| Nome do Pai (ou pessoa que exerce essa função):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço (pai):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tefefone: ( )\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_  Nome da Mãe (ou pessoa que exerce essa função):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço (mãe):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tefefone: ( )\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_  Nome do (a) Esposo (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tefefone: ( )\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **ESPAÇO RESERVADO PARA O (A) ALUNO (A) JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE ASSISTENCIA ESTUDANTIL (preenchimento obrigatório)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **IV - DADOS SOCIOECONÔMICOS E FINANCEIROS DO (A) CANDIDATO (A)** | | | | | |
| **Qual a situação atual da moradia?**  ( ) Alugado Valor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Cedido ou “de favor”  ( ) Própria  ( ) Outros, Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Possui vínculo empregatício: ( ) Sim ( ) Não  Faz atividade acadêmica remunerada na UFAM ou outras Instituições?  ( ) Sim ( ) Não  Qual (is):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor (R$)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **DESPESAS DO ALUNO/FAMÍLIA** | | | | | |
| |  | **Especificação** | **Valor (R$)** | **Quantas pessoa sobrevivem da renda famliar?** | | --- | --- | --- | --- | | Moradia |  |  | | Saúde |  |  |  | | Alimentação |  |  | | Educação |  |  | | Transporte |  |  | Nº pessoas :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Outros |  |  |  | | | | | | |
| Caso a sua família seja atendida por um ou mais programas de transferência de renda, assinale em baixo:  ( ) Auxílio Família ( ) BPC – Benefício de Prestação Continuada ( ) PET – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil ( ) Outros, Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **SITUAÇÕES NO NÚCLEO FAMILIAR** (na família existe casos de:)  ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Doenças crônicas ( ) Deficiência  ( ) Prisão ( ) Violências ( )Outros, Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas neste formulário. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Discente

**Para o uso do Serviço Social**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

**Renda *per capta*: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) DEFERIDO (\_\_\_) INDEFERIDO**

**Assinatura do candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**  **OBS.** Preencher o quadro abaixo com as informações das pessoas com os quais o candidato mantenha vínculo de dependência financeira. | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **CPF** | **Idade** | **Parentesco** | **Estado Civil** | **Cidade onde reside** | **É pessoa com deficiência?** | **Escolaridade** | **Ocupação** | **Renda (R$)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas neste formulário.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Discente