**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 ( ) NãoFaz atividade acadêmica remunerada na UFAM ou outras Instituições? ( ) Sim ( ) NãoQual (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