



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI  
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO E INTEGRAÇÃO ESTUDANTIL

Favor imprimir este formulário em frente e verso  
É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário

Cole a Foto 3x4

**EDITAL UNIFICADO -2019/PRAE/UFCA**  
**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**INDICAR BENEFÍCIO(S) QUE DESEJA SOCILITAR:**

- ( ) Auxílio Alimentação  
( ) Auxílio-Transporte  
( ) Auxílio Moradia  
( ) Auxílio- Creche  
( ) Isenção no Refeitório Universitário  
( ) Auxílio Inclusão Digital- Para aquisição de um computador portátil ou ( ) Auxílio Inclusão Digital- Para manutenção ou upgrade do computador que possui.

*Obs. 1: Somente os estudantes dos campi de Icó e Brejo Santo podem se inscrever no Programa Auxílio Alimentação;*

*Obs.2: Somente os estudantes dos campi de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha podem se inscrever na isenção Refeitório Universitário;*

*Obs.3: Somente estudantes que tem filho (a) com idade de até 4 anos e 11 meses, no mês que inicia o semestre letivo 2020.1, podem se inscrever no Programa Auxílio Creche.*

*Obs.4: Caso deseje solicitar o Auxílio inclusão Digital, escolha entre aquisição ou manutenção/upgrade.*

<b>I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>			
Nome Completo:			
Sexo:	Data de nascimento:	Estado Civil:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	UF:	
CPF:	RG:		
Curso:	Matrícula:		
Ano de Ingresso:			
E-mail:	Telefone:		
Possui alguma deficiência: ( ) Sim ( ) Não	Especifique a deficiência:		
<b>POSSUI FILHO (A) COM IDADE DE ATÉ 4 ANOS E 05 MESES (na data deste preenchimento)?</b>			
Não ( )			
Sim ( ) Nome Completo do dependente: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____			
<b>POSSUI COMPUTADOR PORTÁTIL?</b>			
Sim ( ) Não ( )			
<b>II – MORADIA ATUAL DO ESTUDANTE</b>			
Reside atualmente com: ( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmãos ( ) Parentes ( ) Filhos ( ) Cônjuge ou companheiro ( )			
Divide aluguel com outros estudantes : Valor _____ Outro ( ) Especifique _____			
<b>Endereço atual do estudante:</b>			
Rua/Av.:			
Bairro:	CEP:		
Cidade:	UF:		

Ponto de Referência:

**Endereço da residência da família ( preencher somente se for diferente do endereço atual do estudante ) :**

Rua/Av.:

Bairro: CEP:

Cidade: UF:

Ponto de Referência: Telefone:

Situação do imóvel da família: ( ) Próprio; ( ) Alugado; ( ) Cedido; ( ) Financiado. Valor mensal do aluguel ou financiamento: \_\_\_\_\_

*Obs.: Entende-se por imóvel cedido aquele que é emprestado por alguém para a família morar e, neste caso, a apresentação da declaração é obrigatória e deve ser assinada pelo proprietário do mesmo.*

**Bens móveis e imóveis (exceto aquele em que a família reside) pertencentes à família:** ( ) Sim ( ) Não

( ) Carro. Tipo/marca/modelo e ano: \_\_\_\_\_

( ) Terreno/Lote. Localização: \_\_\_\_\_

( ) Casa/Apartamento. Localização: \_\_\_\_\_

( ) Loja/sala comercial. Localização: \_\_\_\_\_

( ) Fazenda. Localização: \_\_\_\_\_

( ) Moto

**III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR (incluindo NOME e dados do estudante)**

Nome	Parentesco	CPF	Profissão/ Ocupação	Data de Nascimento	Situação*	Renda Bruta	-

\*Situação: Carteira de Trabalho Assinada; Funcionário Público Efetivo; Funcionário Público Contratado; Aposentado/Pensionista/Beneficiário INSS; Autônomo; Estagiário; Estudante; Desempregado; Do lar; Trabalho Informal

**Renda Mensal da Família:** \_\_\_\_\_ **Renda per capita:** \_\_\_\_\_

**Renda Pessoal:**

a) Trabalha?: ( ) Sim ( ) Não

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Salário mensal: R\$ \_\_\_\_\_

b) Recebe ajuda financeira de terceiros (exceto pai e mãe)? ( ) Sim ( ) Não. Valor \_\_\_\_\_

c) É bolsista/estagiário?: ( ) Sim ( ) Não

Local/Projeto: \_\_\_\_\_ Valor da bolsa: R\$ \_\_\_\_\_

d) É beneficiário de algum programa no âmbito da UFCA? ( ) Sim ( ) Não.

Especifique: \_\_\_\_\_

Valor: \_\_\_\_\_

e) Participação da família em programa social de governo federal, estadual ou municipal:

( ) Sim . Especifique \_\_\_\_\_, Valor \_\_\_\_\_ ( ) Não

Obs.: É obrigatória apresentação de extrato do último mês de pagamento constando nome do beneficiário, valor recebido e mês de referência( Bolsa Família, etc)

<b>GASTOS FIXOS MENSAIS (somente do grupo familiar):</b>		
Alimentação: R\$	Água: R\$	Educação: R\$
Energia: R\$	Lazer: R\$	Medicamentos: R\$
Outros: R\$	Transporte: R\$	Total das despesas: R\$
<b>DESPESAS MENSAIS COM TRANSPORTE (trajetos: residência – universidade – residência)</b>		
<input type="checkbox"/> a pé, bicicleta <input type="checkbox"/> transporte coletivo <input type="checkbox"/> transporte alternativo (van, ônibus) <input type="checkbox"/> carro/moto próprio <input type="checkbox"/> carona Valor mensal gasto com transporte: R\$		
<b>IV – DADOS ESCOLARES</b>		
<b>Conclusão do ensino médio</b>		
<input type="checkbox"/> Escola Pública	<input type="checkbox"/> Escola Particular.	
<input type="checkbox"/> Parte em escola pública/ parte em escola particular	<input type="checkbox"/> Escola Particular com bolsa. Percentual: ____ %	
	<input type="checkbox"/> Concluiu algum curso superior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<i>Obs.: Apresentar declaração de bolsista fornecida pela escola, em caso de ter sido aluno de escola particular.</i>		
<b>INGRESSO NA UFCA:</b>		
<input type="checkbox"/> ENEM	<input type="checkbox"/> Processo de Transferência Voluntária	
<input type="checkbox"/> Reopção de curso		
<b>FORMA DE INGRESSO NA UFCA:</b>		
<input type="checkbox"/> Ampla Concorrência	<input type="checkbox"/> Cota. Qual? _____	
<b>V - DADOS RELACIONADOS À SAÚDE (Incluindo o próprio estudante)</b>		
<b>Doença grave na família? Qual? (Necessária comprovação através de laudo médico atualizado)</b>		
<p>*Doenças graves são aquelas constantes na Portaria MPAS/MS, de 23/08/2001: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e hepatopatia grave</p> <p>Escreva a justificativa da sua solicitação <b>para cada programa solicitado</b> e outras informações que julgar importantes.</p> <p><b>(O NÃO PREENCHIMENTO DESTES CAMPOS CAUSARÁ INDEFERIMENTO)</b></p>		

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal e que estou ciente de que poderá ser realizado, a qualquer tempo, contato telefônico ou via e-mail, entrevista, visita domiciliar, bem como a solicitação de documentação complementar para melhor conhecimento da situação apresentada.

Declaro que caso venha a ser deferido(a) no(s) Auxílio(s) solicitado(s) comprometo-me a cumprir com as responsabilidades direcionadas aos estudantes beneficiários. Declaro conhecer e concordar com as normas

estabelecidas pela Resolução N°16/2014/Consup/UFCA e Anexo(s) que regulamenta(m) o(s) programa(s) que estou concorrendo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do aluno*

**PARA USO DO SERVIÇO SOCIAL:**

**INDICADORES DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA (IVS):**

- I. PROCEDÊNCIA ESCOLAR \_\_\_\_\_
  - II. COTAS \_\_\_\_\_
  - III. SITUAÇÃO DO IMÓVEL \_\_\_\_\_
  - IV. POSSE DE BENS IMÓVEIS \_\_\_\_\_
  - V. POSSE DE VEÍCULOS \_\_\_\_\_
  - VI. DOENÇAS GRAVES NA FAMÍLIA \_\_\_\_\_
  - VII. ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_
  - VIII. CONDIÇÕES DE TRABALHO \_\_\_\_\_
  - IX. RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS SOCIAIS \_\_\_\_\_
- TOTAL: \_\_\_\_\_

**RENDA PER CAPITA FAMILIAR (PC):**

- I. CÁLCULO DA PER CAPITA: \_\_\_\_\_
- II. PONTUAÇÃO: \_\_\_\_\_

**PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL (PAS):**

- I. PONTUAÇÃO: \_\_\_\_\_

**PONTUAÇÃO = PAS+ IVS+ PC:**

PARECER:

Juazeiro do Norte, CE, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Assistente Social*