



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

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

I – Indicar benefício(s) que deseja solicitar:

() Auxílio Emergencial () Auxílio Óculos

II – Identificação do estudante

Nome completo:

Sexo () F () M

Data de nascimento:

____/____/____

Nacionalidade:

Naturalidade:

CPF:

Curso:

Matrícula:

Ano de ingresso no curso:

E-mail:

Telefone(s):

Situação atual de moradia do estudante:

() família () parentes () amigos () sozinho

() divide aluguel com outros estudantes. Valor: R\$ _____

() outros – especificar: _____

Endereço atual: Rua/Av.:

Nº:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Ponto de referência:

Endereço de residência da família: (somente preencher se você não residir com sua família)

Rua/Av.:

Nº:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Ponto de referência:

Situação habitacional da família:

() própria

() aluguel - Valor do aluguel R\$ _____ (Apresentar recibo)

() financiada - Valor do financiamento R\$ _____ (Apresentar recibo/ boleto)

() cedida - Apresentar declaração

Situação dos pais ou responsáveis financeiros:

() Casados () União Estável () Viúvo (a) () Divorciados () Separação de fato () outra situação _____

III – Dados escolares

Concluiu o ensino médio

() Escola pública () Escola particular. Bolsista () Sim () Não

() Parte em escola pública /parte em escola particular

() Concluiu outro curso superior? _____ Se sim, qual? _____

Forma de ingresso na UFCA:

() ENEM/SISU Com sistema de cotas () Sim () Não

() Reopção de curso

() Processo de Transferência Voluntária

IV – Posse de bens da família

() carro () Terreno/Lote () Casa/apartamento () Loja/sala comercial () Fazenda () Moto

V- Doença grave* na família? Se sim, Qual? (Necessária comprovação através de laudo médico atualizado)

*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.

VI - Possui alguma deficiência? () Não () Sim. Qual?

Qual?

VII - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR (incluindo NOME e dados do estudante)

Nome completo	Parentesco	CPF	Profissão	Situação*	Data nascimento	Renda bruta

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

VIII - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR

Renda Familiar Total: R\$ _____ **Renda Per Capita:** R\$ _____

Renda Pessoal:

A) Trabalha: () Sim () Não

Local de trabalho: _____

Função: _____

Salário mensal: R\$ _____

B) Recebe alguma ajuda financeira para se manter: () Sim () Não

De quem: _____ Valor: R\$ _____

C) Recebe pensão alimentícia: () Sim – Valor: R\$ _____ () Não

D) É beneficiário de algum programa no âmbito da UFCA: () Sim () Não

Qual: _____ Valor: R\$ _____

E) É bolsista/estagiário: () Sim () Não

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

F) É beneficiário(a) do Programa Bolsa Permanência: () Sim () Não

IX – BENEFÍCIOS/PROGRAMAS SOCIAIS

Sua família ou você recebe algum benefício do governo?

() Sim () Não

Qual o benefício sua família ou você recebe? _____ Se for em dinheiro, qual o valor? R\$ _____

Obs.: Os programas incluídos no Cadastro Único do governo federal são: Programa Bolsa Família; Programa Minha Casa, Minha Vida; Bolsa Verde – Programa de Apoio à Conservação Ambiental; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI; Fomento – Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais; Passe Livre para pessoas com deficiência; Isenção de Taxas em Concursos Públicos; Carteira do Idoso; Aposentadoria para pessoa de baixa renda; Programa Brasil Carinhoso; Programa de Cisternas; Telefone Popular; Carta Social; Projovem Adolescente; Tarifa Social de Energia Elétrica

X - RENDIMENTO ACADÊMICO/ESCOLAR (RAE) - indicador sugerido pelo Ofício-Circular N° 16/2019/CGRE/DIPPES/SESU/SESU-MEC.

1. Para estudantes veteranos: Qual o seu rendimento acadêmico no último semestre? _____

XI - DESPESAS MENSAIS COM TRANSPORTE (trajetos: residência – universidade – residência)

() à pé, bicicleta

() transporte coletivo

() transporte alternativo (van, ônibus)

() carro/moto próprio

() carona

Valor mensal gasto com transporte: R\$ _____

GASTOS FIXOS MENSAIS

Alimentação: R\$

Água: R\$

Educação: R\$

Energia: R\$

Lazer: R\$

Medicamentos: R\$

Transporte:

Outros: R\$

Total: R\$

XII - Marque com o X o seu motivo para requerer o Auxílio Emergencial. (Marque apenas um item)

() Estudante convocado pelo Sistema de Seleção Unificado (SiSu) em período posterior aos prazos de inscrições dos processos seletivos dos benefícios assistenciais da PRAE;

() Estudante que necessita de tratamento, medicamentos, exames e próteses (Anexar laudo médico);

() Estudante em situação ou circunstância inesperada, DEVIDAMENTE COMPROVADA, e que venha a prejudicar seu rendimento acadêmico (Anexar documentação que comprove a situação/circunstância emergencial).

XIII- Caso seja deferido(a) no programa Auxílio Emergencial, em que área utilizará o recurso financeiro recebido? (Marque apenas um item):

1.1 () Despesas com moradia

1.2 () Despesas com saúde.

1.2.1 Valor da consulta (se for o caso): _____ Quantidade de consultas: _____

1.2.2 Valor do exame (se for o caso): _____

1.2.3 Valor do(s) Medicamento(s): _____

Observação 01: O Item 1.1 está disponível para estudantes que têm pais ou responsáveis financeiros residindo em município diferente do campus onde está matriculado ou podendo ser no mesmo município, em área rural, contanto que o acesso do estudante ao campus seja dificultado por fatores que sejam apresentados e justificados;

Observação 02: Para assinalar o item 1.1, os estudantes matriculados nos campi de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha devem ter pais ou responsáveis financeiros residindo fora do perímetro urbano CRAJUBAR.

XIV – Foi beneficiário (a) do programa Auxílio Óculos nos últimos 12 meses?

() Sim () Não

Escreva a justificativa da sua solicitação para o auxílio e outras informações que julgar importantes. (o não preenchimento deste campo ensejará indeferimento)

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 Nº16/2014/Consup/UFCA e Anexo(s) que regulamenta(m) o(s) programa(s) que estou concorrendo.

_____, ____ de ____ de ____
(Cidade e Estado) (Data)

Assinatura do aluno