



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

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO AUXÍLIO SAÚDE MENSTRUAL 2022

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------|---------------|
| I – 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 dos pais ou responsáveis financeiros: () Casados () União Estável () Viúvo (a) () Divorciados () Separação de fato () outra situação _____ | | | |
| Informe o nome do responsável legal, se for o caso: _____ | | | |
| Situação habitacional da família: () própria () aluguel - Valor do aluguel R\$ _____ (Apresentar recibo) () financiada - Valor do financiamento R\$ _____ (Apresentar recibo/ boleto) () cedida - Apresentar declaração | | | |
| II – 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 | | | |

III – Posse de bens da família

() Carro () Terreno/Lote () Casa/apartamento () Loja/sala comercial () Fazenda () Moto
() Não possui

IV- 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.

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

VII - 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

VIII – BENEFÍCIOS/PROGRAMAS SOCIAIS

Sua família ou você recebe algum serviço/ benefício do governo?

() Sim () Não

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

OBS: Ação de Distribuição de Alimentos (ADA); Benefício de Prestação Continuada (BPC); Passe Livre para a Pessoa com Deficiência; Carteira do Idoso; Concessão de bolsas por entidades com Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social com atuação na área da educação (CEBAS-Educação); Créditos Instalação do Programa Nacional de Reforma Agrária; Facultativo de Baixa Renda; Identidade Jovem (ID Jovem); Isenção de taxas de inscrição em concursos públicos; Isenções na taxa de inscrição para o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem); Plano Progredir - Programa Nacional do Microcrédito Produtivo Orientado; Programa Auxílio Brasil; Programa Cisternas - Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água; Programa Criança Feliz; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil; Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais; Urbanização de Assentamentos Precários; Programa Minha Casa Minha Vida/ Casa Verde Amarela; Programa Nacional de Crédito Fundiário; Programa Nacional de Reforma Agrária; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Sistema de Seleção Unificada - Sisu/Lei de cotas; Tarifa Social de Energia Elétrica; Telefone Popular - Acesso Individual Classe Especial; Programa Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa; Projeto Dom Hélder Câmara

XIX - RENDIMENTO ACADÊMICO/ESCOLAR (RAE) - indicador sugerido pelo Ofício-Circular N° 16/2019/CGRE/DIPPES/SESU/SESU-MEC. (Disponível no canto superior direito do Histórico Acadêmico)

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

X - 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\$

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 solicitado 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 pelo Edital Auxílio Saúde Menstrual 2022/PRAE/UFCA

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

Assinatura do aluno