



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

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO TECNOLOGIA ASSISTIVA 2022**

<b>I – Identificação do estudante</b>			
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:			
<b>Situação dos pais ou responsáveis financeiros:</b> ( ) Casados ( ) União Estável ( ) Viúvo (a) ( ) Divorciados ( ) Separação de fato ( ) outra situação _____			
Situação habitacional da família: ( ) própria ( ) aluguel - Valor do aluguel R\$ _____ (Apresentar recibo) ( ) financiada - Valor do financiamento R\$ _____ (Apresentar recibo/ boleto) ( ) cedida - Apresentar declaração			

<b>II – Dados escolares</b>
<b>Concluiu o ensino médio</b>
( ) 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 Tecnologia Assistiva-2022/PRAE/UFCA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
(Cidade e Estado) (Data)

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