



# Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BOLSA ESTUDO SOCIAL PARA O ANO DE LETIVO 2019

Renovação       Concessão Inicial

Eu, \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, responsável legal pelo aluno(a)

nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, venho pelo presente, solicitar a concessão de Bolsa de Estudo Social para o ano letivo de 2019, no(a) \_\_\_\_\_ Ano/série do **Ensino** \_\_\_\_\_ do Colégio Santa Cruz - Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio.

### 1. Aspecto Habitacional

Endereço Residencial Familiar:	
Rua/Av. _____	Nº: _____
Apto: _____	Bairro _____ CEP: _____
Telefone res.: _____	Telefone com.: _____ Celular: _____
Ponto de referência: _____	
Email: _____	

### 2. Tipo de Moradia:

<input type="checkbox"/> Própria Quitada	<input type="checkbox"/> Financiada - Valor da Prestação R\$ _____	<input type="checkbox"/> Alugada R\$ _____	<input type="checkbox"/> Cedida por: _____
Possui outro/s imóvel/is? Citar: _____			

### 3. Composição Familiar

Qt.	Nome	Grau de parentesco	Idade	Profissão	Renda Bruto R\$
01		Candidato(a)			
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
<b>Total R\$</b>					



# Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

## 4. Despesas Fixas – O que paga

Água e esgoto/Luz	R\$	Internet	R\$
Condomínio	R\$	Transporte Escolar	R\$
Medicamentos	R\$	Mensalidade Escolar	R\$
Plano de Saúde	R\$	Pensão Alimentícia	R\$
Telefone/Celular	R\$	Aluguel	R\$
Gás	R\$	Impostos: IPTU/IPVA	R\$
Alimentação	R\$	Cartão de crédito	R\$
Financiamento de Imóvel	R\$	Outras	R\$
Financiamentos de Moto/ Automóvel	R\$	<b>Total</b>	<b>R\$</b>

## 5. Receitas – O que recebe

Rendimento do Responsável	R\$
Rendimento do Cônjuge	R\$
Rendimentos de outros membros	R\$
Pensão/Aposentadoria	R\$
Aluguel	R\$
Pensão Alimentícia	R\$
Ajuda de familiares/ou outras rendas	R\$
	R\$
<b>Total da Renda Bruta Familiar Mensal</b>	<b>R\$</b>

## 6. Dados socioeconômicos complementares

Grupo Familiar é Inscrito no CadÚnico	( ) Não	( ) Sim
É Beneficiário por Programa de Transferência de Renda?	Valor recebido	
Bolsa Família	R\$	
Benefício de Prestação Continuada - BPC - LOAS	R\$	
Programa de Erradicação do trabalho Infantil - PETI	R\$	
Programa Agente Jovem Ou Projovem	R\$	
Outros – Especificar	R\$	
<b>Total</b>	<b>R\$</b>	



# Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

**Veículos** (carro, moto, caminhão, etc..)

Marca/Modelo	Ano de fabricação	Valor Aproximado

## 7. Estado de Saúde

Pessoa com deficiência, diretamente ligada ao grupo familiar: ( ) não ( ) sim

Especificar: \_\_\_\_\_

Doente crônico no grupo familiar: ( ) não ( ) Sim

Especificar: \_\_\_\_\_

Tem de Plano de Saúde? ( ) não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

SUS ( ) não ( ) Sim UBS de referência \_\_\_\_\_

## 8. DECLARAÇÃO:

Declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e por elas me responsabilizo. Afirmando e estou ciente das normas e orientações para participação no referido Programa e que a concessão de gratuidade é de acordo com a disponibilidade orçamentária da Mantenedora do Colégio e autorizo que seja realizada a qualquer tempo visita domiciliar por profissional, Assistente Social ou Equipe Técnica, designada pelo Colégio Santa Cruz, se houver necessidade, com a finalidade de verificação e/ou complementação das informações prestadas no processo de concessão da bolsa de estudo e me disponibilizo prestar qualquer esclarecimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente