v

Cristo Redentor

Portaria Nº 792/2010 - SEE, de 26/10/2010 - DOE de 28/10/2010.

Associação Educacional Francisca Lechner

Palmeira dos Índios/AL

ESCOLAS PRONEVES

FICHA SOCIOECONÔMICA
Ano de referência: 2027
Número do processo: Filantropia 0001/2027

Informações do aluno

Aluno(a): Idade:

Endereço: Bairro:

Município:

Curso / Série: Turno:

Pai: CPF: RG:

E-mail : Celular:

Ocupação: Tel. do trabalho :

Reside com o aluno:

Mãe: CPF: RG:

E-mail: Celular:

Ocupação: Tel. do trabalho:

Reside com o aluno:

Responsável:

Grau parentesco: Reside com o aluno:

Dados da solicitação desconto

Tipo da solicitação

Justificativa

Dados do grupo familiar

Renda bruta familiar(Valor sem descontos de empréstimos ou INSS) : R$

Quantidade de membros que residem na mesma residência contando com o(a) aluno(a):

Renda per capita:

Situação conjugal dos pais

Tipo da residência

Valor aluguel/financiamento :

Possui veículo(s)

Quantos de veículo(s)?

Veículo financiado:

Modelo do(s) veículo(s):

Outro(s) membro(s) da família estudam em instituição particular

Caso afirmativo, quantos

Soma dos valores das mensalidades desses membros:

Algum membro da família é beneficiado pelo FIES ou PROUNI?

A família usufrui do Bolsa Família

Caso afirmativo, número do NIS:

Alguém da família recebe BPC(Benefício de Prestação Continuada)?

Caso afirmativo, valor do benefício recebido :

Reside alguma pessoa idosa

Caso afirmativo, nome do aposentado(a):

Valor da aposentadoria:

Reside alguma pessoa com deficiência

Caso afirmativo, qual o tipo de deficiência:

A pessoa com deficiência recebe BPC?

Algum membro da família possui doença grave com comprovação médica?

Qual doença?

Informações sobre os membros que residem com o aluno

Nome	Parentesco	Estado civil	Data de nasc.	Idade	Escolaridade	Atividade	Renda mensal
						Soma dos rendimentos	

FICHA SOCIOECONÔMICA
Ano de referência: 2027
Número do processo: Filantropia 0001/2027

Despesas mensais da família(Valor médio - R$)

Alimentação	Água	Luz	Transporte	Medicamento	Plano de saúde	Outras despesas
R$	R$	R$	R$	R$	R$	R$

Total de despesas:

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, e permito caso necessário, a visita em minha residência do assistente social da Instituição.

Palmeira dos Índios/AL,___/_____/ _____

_____
Assinatura do responsável

USO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO

_____ _____
Comissão Direção