



ASSOCIAÇÃO METODISTA  
DE AÇÃO SOCIAL



ANO LETIVO: 2020

## FICHA DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA EDUCAÇÃO INFANTIL

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE

Mora perto do CEI? ( ) Não ( considerar acima de 1 km ) ( ) Sim ( considerar até ) de 1 km

### 2. SITUAÇÃO ESCOLAR

Turma/2018: \_\_\_\_\_

Pedido de Concessão de Bolsa de Social de Estudo: ( ) Novo ( ) Renovação

Se Renovação Qual Percentual (%) do Ano anterior? ( ) 50% ( ) 100%

### 3. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

#### Informações do Pai

Nome completo: \_\_\_\_\_

Situação do Pai: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Separado ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Renda Bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Facebook: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

#### Informações da Mãe

Nome completo: \_\_\_\_\_

Situação da Mãe: ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Separada ( ) Outros: \_\_\_\_\_



ASSOCIAÇÃO METODISTA  
DE AÇÃO SOCIAL



Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Renda Bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Facebook: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_

**4. QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR** (Iniciar o preenchimento do quadro com os dados da criança. Neste devem constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência, inclusive a criança).

Nome completo	Parentesco	Idade	Profissão	Empregado		Trabalho Informal		Renda Bruta
				Sim	Não	Sim	Não	
<b>Total da Renda Familiar (R\$)</b>								

**5. FAMILIARES QUE ESTUDAM COLÉGIO FORMAL OU EXTRACURRICULAR (idiomas, esporte, música, etc)**

Nome	Série/Ano	Colégio/Faculdade	Valor R\$



ASSOCIAÇÃO METODISTA  
DE AÇÃO SOCIAL



## 6. QUADRO DE RENDA

Renda Familiar – em R\$	
1. Salário Bruto do Pai	
2. Salário Bruto da Mãe	
3. Salário Bruto de Outras Pessoas da Família	
4. Pensão alimentícia	
5. Aposentadoria	
6. Rendas de aluguel	
7. Programas governamentais	
8. Vendas Diversas	
9. Outros:	
<b>Total Mensal</b>	

Participa de alguma de transferência de renda de programas governamentais: ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Quais: \_\_\_\_\_

## 7. QUADRO DE DESPESAS

DESPESAS	VALOR R\$
Aluguel	
Financiamento de imóvel	
Alimentação	
Água/luz	
Telefone/ internet	
Financiamento de automóvel	
Transporte/Gasolina	
Farmácia	
Hospital	
<b>Total Mensal</b>	



ASSOCIAÇÃO METODISTA  
DE AÇÃO SOCIAL



### IMÓVEL DE MORADIA

Próprio ( ) Herança ( ) Ocupação Irregular ( )	Alugado ( ) Valor do Aluguel R\$: _____	Cômodo Cedido ( ) Nome e Parentesco com o Proprietário: _____	Financiado ( ) Valor da prestação R\$: _____
--	---	---	--

### CONDIÇÕES DE MORADIA

Casa de Alvenaria ( ) Nº de cômodos: _____	Casa de Madeira ( ) Nº de cômodos: _____	Apartamento Nº de cômodos: _____
---	---	-------------------------------------

### VEÍCULOS

Próprio ( ) Herança ( )	Cedido ( ) Nome e Parentesco com o Proprietário: _____	Financiado ( ) Valor da prestação R\$: _____
<b>Marca/Modelo</b>	<b>Ano de Fabricação</b>	<b>Utilização</b>
		<b>Comercial</b> <b>Passeio</b>

### CONDIÇÕES DE SAÚDE

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_

Faz uso contínuo de remédios? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo de Doença	Despesa Mensal R\$:



ASSOCIAÇÃO METODISTA  
DE AÇÃO SOCIAL



Há casos de Doenças Crônicas na família: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas (epilepsia), cardíacas, outras.

Nome	Tipo de Doença	Despesa Mensal R\$:

Há casos na família com pessoas com deficiências: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla (cfe. decreto 3.298/99).

Nome	Tipo de Doença	Despesa Mensal R\$:

#### 8. PRINCIPAIS VULNERABILIDADES

- Crianças ficam sozinhas no domicílio  
 Há idosos dependentes na Família  
 Desemprego  
 Outros: \_\_\_\_\_

#### 9. Algum membro da família frequenta o CEI Tia Bety atualmente:

SIM  NÃO

#### 10. Os pais ou responsáveis pelos alunos tem disposição/ou interesse de comparecer nas atividades escolares, auxiliando no desenvolvimento delas?

SIM  NÃO

Comente: \_\_\_\_\_



ASSOCIAÇÃO METODISTA  
DE AÇÃO SOCIAL



**Declaro que estou ciente de que a falsidade de declarações ou omissão de documentos ora apresentados acarretará a aplicação das sanções legais cabíveis, de natureza civil e penal e que constituem motivo suficiente para o cancelamento do processo e/ou da concessão da bolsa de estudo. (Art. 229 CP)\***

**\*Código Penal -Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele deva constituir, ou nele inserir, fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deva ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - (Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos e multa se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa se o documento é particular. Parágrafo único - Se o agente é funcionário público e comete o crime prevalecendo-se do cargo ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena da sexta parte.

Curitiba; \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_