

FICHA SÓCIO-ECONÔMICA

NOME DO(A) ALUNO(A)..... Ano.....
Data de Nascimento/...../..... Local do nascimento:
Sexo: () masculino () feminino Ingresso na Entidade.....
Nº da Certidão de Nascimento: Cartório

NOME DO RESPONSÁVEL:.....
Data de Nascimento:/...../.....
CI nº CPF nº CTPS
Endereço:
Cidade: Cep: Tel.
Local de trabalho:.....
Endereço comercial:
Telefone coml. Remuneração Mês R\$

DADOS DOS FAMILIARES DO(A) ALUNO(A):

Nome da Mãe:
Data de Nascimento:/...../.....
CI nº CPF nº CTPS
Endereço: Nº
Cidade: CEP: Tel.
Local de trabalho:.....
Endereço comercial:
Telefone coml. Remuneração Mês R\$

Nome do Pai:
Data de Nascimento:/...../.....
CI nº CPF nº CTPS
Endereço: Nº
Cidade: CEP: Tel.
Local de trabalho:.....
Endereço comercial:
Telefone coml. Remuneração Mês R\$

OUTROS CONTRIBUINTES DA RENDA FAMILIAR:

Nome: Grau Parentesco: R\$
Nome: Grau Parentesco: R\$
Nome: Grau Parentesco: R\$

OUTROS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR:

Nome:	Data de nascimento:	Reside em casa	Trabalha:	R\$
_____	___/___/___	() Sim () Não	() Sim () Não	_____
_____	___/___/___	() Sim () Não	() Sim () Não	_____
_____	___/___/___	() Sim () Não	() Sim () Não	_____
_____	___/___/___	() Sim () Não	() Sim () Não	_____
_____	___/___/___	() Sim () Não	() Sim () Não	_____

DADOS ECONÔMICOS:

Residência: () Própria () Alugada () Outros Valor do Aluguel/Prestação R\$ _____
Quanto tempo mora do local? _____ anos. Quantas pessoas residem no local: _____
Total das despesas mensais: R\$ _____ Quais? _____
Quantas pessoas dependem da renda familiar _____ Renda líquida: R\$ _____

Declaro serem verdadeiras as informações acima declaradas, sob pena de que caso não sejam comprovadas, desde já estou ciente de que posso sofrer os efeitos contido no art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica).

Declaro ainda estar ciente de que o preenchimento da presente ficha sócio-econômica, não me assegura direito algum, devendo a mesma passar por análise da instituição, o que desde já aceito.

Declaro que sou carente, requerendo, desde que esta instituição me conceda, algum percentual de gratuidade para o valor dos serviços assistenciais do assistido acima identificado.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

PARECER DA ENTIDADE:

() Sim () Não Percentual da Gratuidade: _____% Contribuição a pagar: R\$ _____

Assinatura do Relator da Comissão: _____