

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA BOLSA DE ESTUDOS

I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____

Curso pretendido: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

Data Nasc: _____ Naturalidade: _____ UF.: _____

() Já sou Estudante da FAMUR e Pago Integral Ano de Ingresso na FAMUR: _____

() Já sou Bolsista Integral 100% () Já Sou Bolsista Parcial de 50%

() Já possui um desconto de _____ %

() Atualmente estuda em outra IES - Qual? _____

Você utilizará algum meio de transporte para se deslocar até a FAMUR?

() Carro família () Ônibus Urbano () Van () Ônibus Gratuito (prefeitura) _____

II - INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ Parentesco: _____

Profissão: _____ Está empregado? () sim () não

Local de Trabalho: _____ Fone _____ Endereço: _____

Cidade: _____ E-mail: _____

Tempo do último emprego? _____

Outras fontes de renda? () Sim, valor R\$? _____ () Não

Estado Civil: _____ Nº de Dependentes: _____ Cônjuge (Nome): _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Fone: _____

III- CONTRIBUINTES DA RENDA FAMILIAR

	Nome	Grau de parentesco	Ocupação profissional	Renda R\$	Idade	Escolaridade Série	Estado Civil
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							

Total Renda Bruta Familiar (Informações sobre todos que contribuem ou dependem da Renda Familiar:

R\$ _____ Total Per Capita Familiar: R\$ _____

Sua família recebe pensão alimentícia? () Sim () Não Qual o valor: R\$ _____
De que forma: () Cheque () Dinheiro () Depósito em Conta
De quem? _____ Fone: _____
Sua família recebe renda agregada? () Sim () Não Qual o valor: R\$ _____
De que forma: () Cheque () Dinheiro () Depósito em Conta
De quem? _____ Fone: _____
Caso haja estudantes na família, estes estudam em escola:
() Particular Qual escola? _____ Quantos? _____ Mensalidade: R\$ _____
() Pública Qual escola? _____ Quantos? _____

IV – CASOS ESPECIAIS

Existe doença crônica na família? () Sim () Não
Qual: _____ Quem é o Portador? _____
Gastos possíveis de comprovação com o portador da doença. R\$: _____
Medicação utilizada é adquirida em setor público? () Sim () Não () Outros

V- DADOS SOCIOECONÔMICOS

Sua família possui Plano de Saúde? () Sim () Não Qual: _____
Quem possui? _____ Valor Mensal R\$: _____
Sua família possui Financiamento ou Poupança? () Sim () Não
Qual o valor do financiamento: R\$ _____ Parcelado em _____ vezes de R\$ _____
Qual o valor da poupança: R\$ _____
Valor total de despesas mensais com água, luz, telefone e condomínio: R\$ _____
Valor total de despesas mensais com alimentação e transporte: R\$ _____
Sua família possui imóvel? Quem? _____
() Cedido () Herança
() Próprio - Valor: R\$ _____ () Alugado - Valor: R\$ _____ () Financiado - Valor: R\$ _____ () Outros _____
Características do imóvel: () Alvenaria () Madeira () Mista
() Possui mais de um imóvel? Quantos: _____ Valor: R\$ _____

Sua Família possui Terreno(s)?
() Em perímetro urbano. Quantos: _____ Valor: R\$ _____
() Em perímetro rural. Quantos: _____ Valor: R\$ _____
() Em perímetro praia. Quantos: _____ Valor: R\$ _____
Você ou sua Família possui automóvel, moto, caminhão e outros veículos de transportes?
() Sim () Não
Quem? _____
Quantos? _____ Qual? _____ Ano? _____ Valor: R\$ _____
Caso possua empresa,
informar: _____
Nome da empresa: _____ CNPJ: _____
Nº de funcionários: _____ Valor estimado do patrimônio total da empresa: R\$ _____

VI – DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS A SEREM APRESENTADOS

1. Ficha de Avaliação Socioeconômica 2016/2, devidamente preenchida e assinada. (disponível no Site da FAMUR)
2. Fotocópia do RG, CPF e Certidão de Nascimento de todos os membros do grupo familiar
3. Fotocópia do comprovante de endereço:
 - 3.1. Se aluguel anexar contrato e o último comprovante de pagamento;
 - 3.2. Se imóvel cedido anexar declaração (modelo disponível no Site da FAMUR);
 - 3.3. Se financiado, fotocópia do contrato e último pagamento;
- 4 - Fotocópia completa da última Declaração de Imposto de Renda de todos os que contribuem para a renda familiar (com especificação do patrimônio).

5. Caso esteja desobrigado da entrega da Declaração do IR, firmar por escrito tal situação. (Modelo disponível no Site da FAMUR).

6. Comprovante de Renda de todo o grupo familiar:

- 6.1. Fotocópia da Carteira de Trabalho de todos os membros do grupo familiar com mais 16 anos de idade: página da foto, identificação, últimas duas contratações e próxima folha em branco;
- 6.2. Com Vínculo Empregatício: fotocópia dos últimos 3 contracheques;
- 6.3. Aposentado ou Segurado: comprovante de órgão previdenciário: (INSS)
- 6.4. Autônomo: apresentar Contrato Social e declaração de renda fornecida pelo contador em formulário numerado e registrado – DECORE;
- 6.5. Se Trabalhador Informal: apresentar declaração constando remuneração e identificação, assinadas por duas testemunhas e, com firma registrada em cartório (Modelo disponível no Site da FAMUR);
- 6.6. Se agricultor ou pescador: apresentar declaração do valor em moeda corrente, lavrada por sindicato de trabalhadores rurais, colônia de pescadores da média de produção de agricultor ou pescador;
- 6.7. Caso de desemprego, fotocópia do aviso prévio e da Carteira de Trabalho folha do último emprego e próxima folha em branco. Se estiver recebendo seguro desemprego trazer a guia e comprovante do seguro desemprego, acompanhado do original;
- 6.8. Se estagiário: fotocópia do contrato e último contracheque;

7. Em caso afirmativo anexar comprovantes:

- 7.1. Recebimento de Pensão Alimentícia;
- 7.2. Renda Agregada;
- 7.3. Doença Crônica;
- 7.4. Financiamento ou Poupança;

Ao assinar o presente formulário, declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de que estou ciente dos motivos que podem causar a exclusão da concessão da Bolsa de Estudos. Estou ciente de que a documentação fornecida à Instituição não será devolvida, independente da Avaliação da solicitação de Bolsa de Estudo.

Declaro sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber a visitas domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguações das informações prestadas. Assumo total responsabilidade sobre a veracidade das informações prestadas, as quais poderão ser investigadas ou confirmadas a qualquer tempo.

Caxias do Sul, ____/____/____

Assinatura do Responsável

PARECER FACULDADE:

Situação: () Deferido () Indeferido
() Bolsa Integral 100% () Bolsa parcial 50%

Parecer final da Comissão:

Data ____/____/____

Presidente da Comissão

Direção da FAMUR

Assistente Social