



SEPROSIC - COLÉGIO MADRE FRANCISCA LAMPEL

"Educar é doar-se para construir"

Sociedade de Educação e Promoção Social Imaculada Conceição - CNPJ 43 975 465/0006-85

Rua São Pedro, 125 - Gaspar, SC CEP: 89110-082

Fone: (47) 3332-0935 e-mail: lampel@lampel.com.br www.lampel.com.br

Educação Infantil - Ensino Fundamental I e II - Ensino Médio

Recebido em ____/____/____

Por _____

Solicitação: [] Renovação [] Nova

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL - FICHA SOCIOECONÔMICA – 2024

Ilma. Sra.,

Diretora do Colégio Madre Francisca Lampel,

O(s) responsável(eis), vem(vêm) solicitar que seja concedida Bolsa de Estudo Social INTEGRAL OU PARCIAL NA ANUIDADE referente ao **ano letivo de 2024**. Para tanto, apresenta(m) os documentos exigidos, que justificam a presente solicitação.

1 – Identificação referente ao(s) candidato(s) alunos(as)

Obs.: Preencher todos os campos sem rasurar

Nome dos(as) Alunos(as)	Data Nascimento	Ano/Série (2024)	Curso
1.			[] ED. INF [] E.FUND [] E.MÉD
2.			[] ED. INF [] E.FUND [] E.MÉD
3.			[] ED. INF [] E.FUND [] E.MÉD
4.			[] ED. INF [] E.FUND [] E.MÉD
5.			[] ED. INF [] E.FUND [] E.MÉD
6.			[] ED. INF [] E.FUND [] E.MÉD

Endereço _____ nº _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

2 - Identificação do Responsável Legal:

Grau de parentesco: [] Pai [] Mãe [] Outro _____ Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____

RG. _____ CPF _____ Estado Civil: [] Casado [] Solteiro [] Divorciado [] União Estável

Endereço _____ nº _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

Tel/Cel (whats) _____ E-mail _____

Profissão _____ Empresa em que trabalha _____

End. Comercial _____ nº _____ Bairro _____

Cidade: _____ Tel comercial _____ Autônomo [] SIM [] NÃO

3 - Composição familiar

Iniciar o preenchimento do quadro com os dados do(a) aluno(a). Neste deverá constar o nome **de todas** as pessoas que moram na mesma residência do(a) aluno(a), inclusive crianças.

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Empregado		Trabalho Informal		Renda Bruta
				Sim	Não	Sim	Não	
1.								R\$
2.								R\$
3.								R\$
4.								R\$
5.								R\$
6.								R\$
7.								R\$
8.								R\$
9.								R\$
Total Parcial da Renda Familiar								R\$
Outras rendas: [] pensão [] aposentadoria [] ajuda familiar [] ações [] aluguel								R\$

Grupo Familiar é inscrito no CadÚnico	() Sim () Não
Beneficiário por Programa de Transferência de Renda	() Sim () Não
Bolsa Família	Valor Recebido: R\$
BPC-LOAS	Valor Recebido: R\$
Outro (especificar)	Valor Recebido: R\$

4 - Informações Complementares

SITUAÇÃO HABITACIONAL	
Localizada em área: [] Urbana [] Rural	
Condições de Moradia: [] Própria [] Alugada [] Cedida [] Financiada Valor do Financiamento: R\$ _____	
Valor do Aluguel: R\$ _____	
Reside em: [] Casa [] Apartamento [] Comunidade [] Condomínio Valor do Condomínio: R\$ _____	
Há outras Moradias no terreno? [] Não [] Sim Com vínculo familiar? [] Não [] Sim Qtas. Pessoas? _____	
Quanto tempo reside no local? [] de 1 mês a 2 anos [] de 2 a 5 anos [] acima de 5 anos [] acima de 10 anos	
Reside próximo a escola e/ou bairros adjacentes: [] Sim [] Não _____	

A família possui automóvel(eis)? [] Sim [] Não Quitado(s)? [] Sim [] Não	
Se financiado, qual o valor das parcelas R\$ _____. Obs.: _____	
Especifique o(s) modelo(s) e o(s) ano(s) de fabricação _____	
Tipo de Transporte Utilizado: [] Carro Próprio [] Carona [] Van [] Ônibus [] Não Utiliza (a pé)	
Se utiliza Van, ônibus, qual o valor da despesa mensal R\$ _____.	

Alguém, do grupo familiar citado, sofre de alguma doença crônica? [] Sim [] Não	
Especifique _____	
Candidato (a)/Aluno (a) possui deficiência? [] Não [] Sim Qual? _____	
Possuem plano de saúde particular? [] Sim [] Não Qual valor da despesa mensal? R\$ _____	
Obs.: _____	

5- DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS, OBRIGATORIAMENTE, DE ACORDO COM EDITAL NO (ANEXO III)

6 - TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente termo e, na melhor forma de direito, declaro, sob as penas da lei, que as informações referentes às minhas condições socioeconômicas atuais são verdadeiras e coloco-me disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários junto aos profissionais da unidade escolar a qual pleiteio bolsa de estudo social, bem como autorizo realização de visita domiciliar por assistente social a qualquer tempo com a finalidade de verificação e/ou complementação das informações fornecidas.

Comprometo-me, outrossim, a comunicar, de imediato, à diretoria do referido Colégio, modificações nas minhas condições financeiras, que não mais tornarão necessária a bolsa outorgada. Assumo total responsabilidade em manter sigilo das condições acordadas.

Autorizo a divulgação do(s) nome(s) do(os) beneficiário(s) quando exigidos por Órgãos Públicos e competentes em razão da legislação vigente.

Gaspar/SC, _____ de _____ de _____

Responsável Legal – 1º CONTRATANTE

2º CONTRATANTE

CPF _____

CPF _____

R.G. _____

R.G. _____

OBS.: Este pedido somente será analisado com o seu preenchimento total e apresentação completa dos documentos solicitados e o não cumprimento implica na desclassificação automática, independente de avaliação.