

## FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODAS INFORMAÇÕES

Curso: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ RA: \_\_\_\_\_

Nome Civil / Nome Social: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino Raça: \_\_\_\_\_ Possui deficiência: ( ) Não ( ) Sim, qual \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ nº CPF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) União Estável ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Outra: Qual \_\_\_\_\_

E-mail do candidato: \_\_\_\_\_

Candidato com menos de 18 anos deve indicar um responsável legal (pai ou mãe):

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

Reside com: ( ) Grupo Familiar ( ) Parentes ( ) Republica/Pensionato ( ) Outra \_\_\_\_\_

#### ENDEREÇO DO GRUPO FAMILIAR

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento (Apto, Bloco, Condomínio, etc...): \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ponto de referência: Se a rua for conhecida por nº / Zona Rural / Região / Outras

#### ENDEREÇO DE CAMPINAS OU REGIÃO CASO O ALUNO/CANDIDATO RESIDA EM PENSIONATO, REPÚBLICA OU COM PARENTES/AMIGOS. CASO NÃO RESIDA, NÃO PREENCHER

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento (Apto, Bloco, Condomínio, etc...): \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ponto de referência: Se a rua for conhecida por nº / Zona Rural / Região / Outras

DADOS CURRICULARES

Ensino Médio: ( ) Escola Pública ( ) Escola Particular – Bolsista ? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_%

Já cursou Universidade? ( ) Não ( ) Sim – Concluiu ? ( ) Não ( ) Sim

Está matriculado(a) em OUTRA Universidade? ( ) Não ( ) Sim - Curso \_\_\_\_\_ Universidade \_\_\_\_\_

Há OUTRAS pessoas de seu Grupo Familiar cursando Universidade? ( ) Não ( ) Sim – Quantas ? \_\_\_\_\_

Universidade ( ) Pública ( ) Particular - Bolsista ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_%

Você Possui Dependência de Matéria (DP) a cursar, na PUC Campinas? ( ) Não ( ) Sim – Quantas \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS DO ALUNO/CANDIDATO

( ) Empregado Registrado ( ) Trabalhador informal ( ) Estagiário ( ) Desempregado desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relacionar no quadro abaixo o seu **GRUPO FAMILIAR - NÃO INCLUIR** informações do aluno/candidato

	Nome	Parentesco	Est. Civil	Data nascimento	Escolaridade
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

Possui irmãos que **não residam** com o grupo familiar (casadas/solteiros)? Quantos \_\_\_\_\_

RENDA DO GRUPO FAMILIAR (relacionar de acordo com o número acima)

	Função/Ocupação	Onde trabalha	Renda Bruta	Para uso da Assistente Social
01			R\$	
02			R\$	
03			R\$	
04			R\$	
05			R\$	
06			R\$	
07			R\$	
08			R\$	
09			R\$	
Outras rendas (pensão, aluguel, ajuda de terceiros, etc...)			R\$	
SOMA DAS RENDAS BRUTA DO GRUPO FAMILIAR E OUTRAS RENDAS			R\$	
RENDA BRUTA DO ALUNO/CANDIDATO			R\$	
TOTAL DA RENDA BRUTA			R\$	
NÚMERO DE PESSOAS NO GRUPO FAMILIAR				
TOTAL DA RENDA PER CAPITA (por pessoa)			R\$	

PATRIMÔNIO DO GRUPO FAMILIAR

Imóvel de moradia do grupo familiar é: ( ) Próprio

( ) Alugado – Valor do aluguel R\$ \_\_\_\_\_

( ) Cedido por: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Imóveis, empresa, dinheiro, poupança, aplicações	Valor	Valor da parcela, se o imóvel for financiado

Veículos (marca/modelo/ano de fabricação)	Valor (tabela FIPE)	Valor da parcela

VALOR TOTAL DOS BENS: \_\_\_\_\_

VALOR TOTAL DOS FINANCIAMENTOS: \_\_\_\_\_

**DESPESAS DO GRUPO FAMILIAR (estimativa mensal)**

	VALOR
Água, luz, telefone, internet, IPTU	R\$
Alimentação	R\$
Transporte (combustível, ônibus, van, seguros)	R\$
Aluguel/Condomínio	R\$
Educação, plano de saúde, financiamentos, cursos	R\$
Outros gastos (especificar)	R\$
<b>Total das despesas</b>	R\$

**AGRAVANTES:**

Há caso de doença crônica no grupo familiar? (pulmonar, renal, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas, cardíacas, etc...)

( ) Não ( ) Sim – Quem \_\_\_\_\_ Qual Doença: \_\_\_\_\_

Há pessoa com deficiência na família? (Deficiência física, mental, sensorial (auditiva, visão), múltiplas)

( ) Não ( ) Sim – Quem \_\_\_\_\_ Qual Doença: \_\_\_\_\_

