

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODAS INFORMAÇÕES

Curso: _____ Turno: _____ RA: _____

Nome Civil / Nome Social: _____ Idade: _____

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:

Nome: _____ CPF: _____

Grupo familiar inscrito no Cadastro Único do Governo Federal: () Sim () Não

Reside com: () Grupo Familiar () Parentes () República/Pensionato () Outros: _____

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 ____/____/____

() Nunca trabalhou

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 (casas, terreno) empresa, dinheiro, poupança, aplicações, previdência privada	Valor	Valor da parcela, se o imóvel for financiado

No caso de possuir terreno: () construção iniciada () sem construção

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

Paga Consórcio? () sim () não

Já foi contemplado? () sim () não

Valor da carta de crédito: _____

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\$
Total das despesas	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: _____

