

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – NEGOCIAÇÃO DE DÉBITO

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODAS INFORMAÇÕES

CURSO: _____ TURNO: _____ RA: _____

Nome completo: _____ idade: _____

Sexo: () F () M Raça: _____ Possui deficiência: () Não () Sim, qual _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ nº CPF: _____

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

Email: _____

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 – Função/Cargo: _____

Empresa: _____

() Trabalho informal – Qual _____

() Estagiário – Empresa _____

() Desempregado desde ____/____/____

Relacionar no quadro abaixo o seu **GRUPO FAMILIAR** (pais, irmãos, avós, parentes, etc...que residem na mesma casa)
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 _____

RENTA 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\$	

		Para uso da Assistente Social
SOMA DAS RENDAS BRUTA DO GRUPO FAMILIAR E OUTRAS RENDAS	R\$	
RENTA BRUTA DO ALUNO/CANDIDATO	R\$	
TOTAL DA RENTA BRUTA	R\$	
NÚMERO DE PESSOAS NO GRUPO FAMILIAR		
TOTAL DA RENTA 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)

	VALOR
ÁGUA/ LUZ/ TELEFONE/ INTERNET/ IPTU	R\$
ALIMENTAÇÃO	R\$
TRANSPORTE (COMBUSTÍVEL, ONIBUS, VAN, SEGURO)	R\$
ALUGUEL/ CONDOMÍNIO	R\$
EDUCAÇÃO/ PLANO DE SAÚDE/ FINANCIAMENTO/ CURSOS	R\$
OUTRAS – ESPECIFICAR:	R\$
TOTAL	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: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, SE DESEJAR:

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações por mim fornecidas neste formulário e estou ciente de que a não veracidade das informações acarretará na anulação de qualquer benefício; registro ainda ciência da possibilidade do recebimento de Visita Domiciliar de representante institucional com vistas a complementaridade de dados.

Assinatura do aluno/candidato ou responsável _____

Campinas, ____/____/____

PARECER TÉCNICO DO ASSISTENTE SOCIAL:

Assinatura e carimbo da Assistente Social: _____

Campinas, ____/____/____