



## Colégio Berlaar Nossa Senhora do Patrocínio

Mantenedora: Associação de Educação Sagrado Coração de Maria- AESCOM-BERLAAR

Praça Monsenhor Tiago, 403 – Tel. (34) 3831-3150 – Cep:38740-112 Patrocínio-MG  
<https://www.colegiocbns.com.br> e-mail:assistsocial.cbns@redeberlaar.com.br

2020

ORIENTAÇÕES

1. O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão da Bolsa de estudos por parte do Colégio Berlaar Nossa Senhora do Patrocínio.
2. As Bolsas, no caso de concessão, tem validade apenas para o ano letivo de 2020 e não é direito adquirido, sendo intransferível.
3. Este formulário somente será analisado mediante a apresentação de todos os documentos comprobatórios da situação socioeconômica declarada no referido formulário de solicitação da Bolsa de estudo/desconto institucional.

Foto  
3X4

### 1-INFORMAÇÕES GERAIS:

Pedido de Bolsa?	Série a Cursar 2020	Aluno Novato	Aluno Veterano	Irmãos no Colégio	Visita Domiciliar (Dias e horário)
( ) Novo ( ) Renovação				( ) Sim ( ) Não Qtos? _____	

### 2-IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Sexo: ( ) F ( ) M CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Cor/Raça (IBGE): ( ) Branca ( ) Preta/Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena  
 Participa de atividades no contra turno escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual(is): \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ Nº de vezes em que participa: \_\_\_\_\_

### 3- DADOS DE FILIAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Renda R\$ \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Renda R\$ \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Pai e mãe residem juntos, com candidato (a)? ( ) sim ( ) não ⇒ Se não, recebe pensão? NÃO ( ) SIM ( ) Valor R\$ \_\_\_\_\_  
 Situação matrimonial dos Pais: ( ) casados ( ) separados ( ) amasiados ( ) solteiros ( ) falecido ( ) outros \_\_\_\_\_  
 De quem e quanto o educando recebe pensão? Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

### 4 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL: (Preencher somente quando este não for o pai e / ou mãe)

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Parentesco com o candidato (a): \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Telefones de Contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Renda bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_

### 5- Situação de Moradia:

Endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) Próprio Quitado há quanto tempo? _____	( ) Alugado Valor do Aluguel: R\$ _____	Herança: NÃO ( ) SIM ( ) Se sim, de quem? Nome da pessoa _____ Parentesco _____	( ) Cedido por? Nome: _____ Qual parentesco do proprietário? _____	( ) Financiado Valor da Prestação: R\$ _____ Total de Prestações: _____ Quantas faltam pagar: _____
---	---	--	---	--

### 6- QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Iniciar o preenchimento do quadro com os dados do (a) CANDIDATO (a). Neste deverá constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência do (a) mesmo (a), inclusive crianças.

Nome	Parentesco com educando	Idade	Escolari dade	Profissão ou Atividade	Formal (F), Informal (I), Desempregado (D), Estudante (E), Pensão (P)	Renda Bruta (R\$)	Renda Extra (R\$) (bico, pensão, aluguel, etc.)	Imposto de Renda - SIM - NÃO

TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR : R\$ \_\_\_\_\_

**7-PROGRAMAS SOCIAIS:**

No grupo familiar acima há alguém que recebe Pensão ou Benefício: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

Acesso a Programa Governamental de Renda Mínima (Federal, Estadual ou Municipal) Bolsa Família, BPC etc.

( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ N° do NIS: \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**8-BENS DO GRUPO FAMILIAR:**

Descrição Imóveis: casa, apartamento, terras, terrenos, automóveis (marca, modelo, ano de fabricação)	Valor total	Herança?		Financiado		Quitado
		Sim	Não	Quantas parcelas	Valor parcela R\$	
1-						
2-						
3-						

**9- SITUAÇÃO ESPECIAL DE SAÚDE E OU DEFICIÊNCIA**

Nome da pessoa	Parentesco	Tipo da doença/ Deficiência	Há quanto tempo	Onde faz acompanhamento	Medicação Contínua	Plano de Saúde
1.						
2.						
3.						

**10- DESPESAS MENSAS BÁSICAS:** (APRESENTAR COMPROVANTE DAS DESPESAS CITADAS)

DESPESAS	VALOR: R\$	DESPESAS	VALOR: R\$	DESPESAS	VALOR: R\$
ÁGUA		TRANSP. ESCOLAR		IPTU	
LUZ		INTERNET		INSS	
TELEFONE		PLANO DE SAÚDE		EDUCAÇÃO	
ALIMENTAÇÃO		CARTÃO DE CRÉDITO		SEGURO	
ALUGUEL		FINANCIAMENTO		CURSO	
CONDOMÍNIO		EMPRÉSTIMO		OUTRAS DESPESAS	
MEDICAÇÃO		COMBUSTÍVEL		<b>VALOR TOTAL R\$</b>	

*Declaro, sob as penas da Lei Nº 12.101, DE 27.11.2009 e Decreto Nº 7.237, de 20.07.2010, serem verdadeiros os dados e os documentos por mim fornecidos neste formulário e estou ciente de que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de concessão de bolsa; registro ainda ciência da possibilidade do recebimento de visita domiciliar de representante institucional com vistas a complementaridade de dados, e que o preenchimento da ficha de avaliação socioeconômica não dão quaisquer garantias de vaga ou reserva de matrícula.*

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura dos pais ou Responsável legal pelo/a  
CANDIDATO/a \_\_\_\_\_

Telefone e E-mail de referência para  
divulgação do resultado do processo seletivo \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_

**Para uso da (o) Assistente Social**

Total da Renda Bruta Familiar R\$	Nº Componente da família	Renda Per Capta R\$
Parecer Social e Assinatura do Assistente Social:		Equipe Diretiva: