

Nº Registro Interno:

Departamento de Assistência Social
FICHA CADASTRAL – BOLSA DE ESTUDO PROUNI - 2015

Obs.: Este formulário é confidencial. Informações para uso do Depto. de Assistência Social - PAULUS

I - IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO CANDIDATO(A) À BOLSA DE ESTUDO

Candidato (a): _____

RG nº _____ CPF nº _____

Estado civil _____ Data de Nascimento: _____ Idade _____

E-mail: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Filiação:

Pai: _____ CPF: _____

Mãe: _____ CPF: _____

Endereço _____ nº _____

Compl. _____ Bairro _____ Município _____ CEP _____

Telefone residencial () _____ Telefone celular () _____

É aluno(a) matriculado(a) na FAPCOM: () Não () Sim - Desde quando? _____

Curso: _____ Período: _____

É aluno(a) bolsista na FAPCOM: () Sim () Não

Qual modalidade da bolsa? _____ Percentual (%) _____

Tem irmão(s) matriculado(s) na FAPCOM: () Não () Sim Quantos _____

Tem bolsa de estudo: () Sim () Não

É aluno(a) de outra Instituição de Ensino Superior : () Não () Sim

() Pública () Privada

Possui bolsa de estudo pelo ProUni: () Não () Sim

Qual IES: _____ Porcentagem: _____ %

Concluiu o Ensino Médio na: () Rede pública

() Rede Privada com bolsa de estudo (Percentual da bolsa: _____ %)

II - SITUAÇÃO DE TRABALHO DO (A) CANDIDATO(A)

Do Candidato(a): () Assalariado - CLT () Autônomo () Profissional Liberal () Informal
 () Aposentado () Pensionista () Desempregado () Do Lar () Sócio ou Dirigente de Empresas
 () Atividade Rural () Outros: _____

Nome da Empresa: _____

Endereço _____ nº _____

Bairro _____ Município _____

Estado _____ Telefone _____ Ramal _____

Profissão _____ Cargo _____

E-mail da empresa _____

III - CONDIÇÃO DO IMÓVEL

() Alugado () Próprio Financiado () Próprio Quitado () Cedido () Outro: _____
 n° de Cômodos: _____ n° de Banheiros: _____
 Obs: Possui outros imóveis no mesmo terreno? () Não () Sim, quantos: _____

IV – VEÍCULO (Descrever todos os veículos de propriedade do grupo familiar)

Quantidade de veículos automotores do grupo familiar: _____

1. Modelo/Marca _____ Ano _____ Proprietário: _____

() Financiado: Valor das parcelas R\$ _____ N°. de parcelas restantes _____

2. Modelo/Marca _____ Ano _____ Proprietário: _____

() Financiado: Valor das parcelas R\$ _____ N°. de parcelas restantes _____

3. Modelo/Marca _____ Ano _____ Proprietário: _____

() Financiado: Valor das parcelas R\$ _____ N°. de parcelas restantes _____

OBS: (caso o grupo familiar não possua veículos automotores, necessário declaração do estudante neste campo) _____

V - GRUPO FAMILIAR (Incluir todas as pessoas que coabitam no mesmo imóvel)

Nº	NOME	PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA BRUTA R\$
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

VI - OUTRAS FONTES DE RENDA

Pensão Alimentícia R\$ _____	Bolsa Família R\$ _____	Benefício Previdenciário (INSS) R\$ _____	Aluguel Recebido R\$ _____	Outras (especificar) _____ R\$ _____
---------------------------------	----------------------------	--	-------------------------------	--

Obs: Quem será o responsável financeiro junto a FAPCOM para pagamento das semestralidades e demais despesas no caso de bolsista parcial?

() Pai () Mãe () Próprio aluno () Outros. Especifique: _____

VII - CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR

(Mencionar somente as pessoas que pertençam ao grupo familiar)

Algun membro familiar está em tratamento médico? () Sim () Não
 Algun membro familiar em uso de medicamento contínuo? () Sim () Não
 Há caso de doenças crônicas ou graves na família? () Sim () Não
 Há caso de pessoas no grupo familiar com algum tipo de deficiência? () Sim () Não

NOME	TIPO DE DOENÇA

VIII - LEVANTAMENTO DAS DESPESAS FAMILIAR (VALOR APROXIMADO)

A - Despesas Mensais	R\$	Observações:
Energia elétrica / Água – Telefone (fixo e móvel)		
Condomínio		
Aluguel		
Financiamento		
Combustível		
Alimentação		
Medicamentos contínuos		
Outras despesas (especifique)		

Declaro, sob as penas da Lei (Artigo, 29 - Código Penal), serem verdadeiros os dados prestados neste formulário e os documentos que foram anexados. Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do benefício.

Autorizo o uso das informações aqui prestadas e o arquivamento das cópias dos documentos entregues para efeito de análise socioeconômica no indeferimento ou na concessão e manutenção da bolsa de estudo; em cumprimento da Lei 11.096/05.

São Paulo,..... de.....de 2015.

 Assinatura do responsável legal
 (se o candidato(a) tiver idade inferior a 18 anos)
 RG nº _____

 Assinatura do Candidato(a)
 RG nº _____

PARA USO DO DEPTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Renda Bruta: R\$ _____ Salário Mínimo atual: R\$ _____
 Nº de Pessoas _____ Atende aos critérios: () Sim () Não
 Renda Percapita: R\$ _____ Parecer: () Favorável () Desfavorável
 Observações: _____

PESQUISA COM OS CANDIDATOS A BOLSA DE ESTUDO
2015

1. Como você conheceu a FAPCOM? (escolha apenas uma opção)

- Indicação de alunos ou ex-alunos da FAPCOM
- Indicação de familiares ou colegas de alunos ou ex-alunos da FAPCOM
- Pesquisa na internet
- Feira de estudantes
- Redes Sociais
- Diretoria da FAPCOM
- Editora PAULUS
- Sítio do ProUni
- Outros:
-

2. Por que escolheu a FAPCOM?

3. Em relação a residência:

Residente na cidade de São Paulo

- Sim: Norte Sul Leste Oeste Centro Sudeste Noroeste
- Nordeste Sudoeste

Não Onde: _____

4. Em relação ao candidato, é a primeira pessoa do grupo familiar a ingressar em uma faculdade:

Sim Não: Especificar: _____

5. Família possui convênio médico: Sim Não