



ORDEM AUXILIADORA DAS SENHORAS EVANGÉLICAS – OASE

DIRETORIA DE ENSINO DE SUZANO

Autorização: Portaria da DRE - 5 - Leste de 13/01/1994, public. DOE 15/01/94

INSTITUTO EDUCACIONAL LUTERANO

Rua Herman Teles Ribeiro, 162 - Centro 08529-100 Fone: (011) 4678-1461 Ferraz de Vasconcelos / SP

REQUERIMENTO PARA BOLSA DE ESTUDOS

ANO ESCOLAR A CURSAR EM 2024: _____

ALUNO NOVO: () SIM () NÃO

BENEFICIOU DE DESCONTO OU BOLSA EM 2023? () SIM _____% () NÃO

1. DADOS DO ALUNO:

NOME: _____

SEXO F M DATA NASC.: ____/____/____ NACION: _____

RG: _____ CPF: _____

2. DADOS DO RESPONSÁVEL / REQUERENTE:

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

SEXO F M DATA NASC.: ____/____/____ NACION: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ RELIGIÃO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO (A) SOLTEIRO(A) SEPARADO (A) VIÚVO(A) AMASIADO(A)

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ EMAIL: _____

TEL RES: _____ TELCOMERCIAL: _____

EMPRESA QUAL TRABALHA: _____

ENDEREÇO COMERCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

PROFISSÃO: _____ FUNÇÃO: _____

RENDA BRUTA MENSAL: _____ DECLARA IMPOSTO DE RENDA? _____

2.1 INFORMAÇÕES DE OUTRO RESPONSÁVEL: (PAI, NO CASO ACIMA TER DESCRITO DADOS DA MÃE, OU O CONTRÁRIO, OU RESPONSÁVEL INDICADO EM TERMO JUDICIAL)

NOME: _____

SEXO F M DATA NASC.: ____/____/____ NACION: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ RELIGIÃO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO(A) SOLTEIRO(A) SEPARADO (A) VIÚVO(A) AMASIADO(A)

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ EMAIL: _____

TEL RES: _____ TELCOMERCIAL: _____
 EMPRESA QUAL TRABALHA: _____
 ENDEREÇO COMERCIAL: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____
 PROFISSÃO: _____ FUNÇÃO: _____
 RENDA BRUTA MENSAL: _____ DECLARA IMPOSTO DE RENDA? _____

3.0 CARACTERÍSTICA DO DOMICÍLIO:

Nº DE CÔMODOS: _____ GARAGEM: SIM NÃO
 POSSUI: **ÁGUA** SIM NÃO **LUZ:** SIM NÃO **ESGOTO:** SIM NÃO
TEL FIXO: SIM NÃO **TV A CABO:** SIM NÃO **INTERNET:** SIM NÃO
 ALUNO MORA COM: OS PAIS MÃE PAI OUTROS _____

SITUAÇÃO DO IMÓVEL:

PRÓPRIO FINANCIADO nº parc: _____ QUITADO
 ALUGADO EMPRESTADO CEDIDO PENSÃO CORTIÇO
 QUANTO TEMPO MORA NESTE IMÓVEL? _____

3.1 ESTUDO SOCIOECONÔMICO:

BENS E CAPITAL **QUANTIDADE** **VALOR ATUAL**
IMÓVEIS: CASA /APARTAMENTO/TERRENO _____
 FINANCIADO: SIM Nº DE PARC: _____ NÃO
VEÍCULOS AUTOMOTIVO / MOTO SIM VALOR: _____ NÃO
 MARCA/MODELO/ANO _____
 FINANCIADO: SIM Nº DE PARC.: _____ NÃO

3.2 MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR:

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Profissão	Empregado		Trabalho Informal	
				SIM	NÃO	SIM	NÃO

3.3 RENDA FAMILIAR – SALÁRIOS / RENDIMENTOS MENSAIS:

PAI:R\$ _____ COMISSÕES / GRATIF.: R\$ _____

MÃE: R\$ _____ COMISSÕES / GRATIF.: R\$ _____

IRMÃO/Ã: R\$ _____ COMISSÕES / GRATIF.: R\$ _____

OUTROS: R\$ _____ COMISSÕES / GRATIF.: R\$ _____

OUTROS: R\$ _____ COMISSÕES / GRATIF.: R\$ _____

OUTROS: R\$ _____ COMISSÕES / GRATIF.: R\$ _____

BENEFÍCIOS: R\$ _____

PENSÃO ALIMENTÍCIA/ APOSENTADORIA: R\$ _____ ALUGUÉIS:R\$ _____

RENDA TOTAL: _____

3.4 PARTICIPANTES DAS DESPESAS MENSAIS

R\$

ALUGUEL/PARCELA FINANCIAMENTO: _____

CONDOMINIO / IPTU _____

LUZ / ÁGUA /GÁS _____

FONE / TV A CABO/INTERNET: _____

EDUCAÇÃO DOS FILHOS / PAIS OU RESPONSÁVEIS _____

ASSISTÊNCIA MÉDICA/ODONTOLÓGICA _____

TRANSPORTE _____

PENSÃO ALIMENTÍCIA (para outros dependentes): _____

FINANCIAMENTO DE VEÍCULO / IPVA _____

CARTÃO DE CRÉDITO _____

ALIMENTAÇÃO _____

OUTRAS / ESPECIFICAR: _____

DESPESA TOTAL: _____

RENDA PER CAPITA: (USO EXCLUSIVO DO ASSISTENTE SOCIAL)

RENDA MÊS: R\$ _____ MÉDIA COMISSÕES / RECEITA:R\$ _____

INFORMAÇÕES DA SITUAÇÃO FAMILIAR:

A MÃE ESTÁ GESTANTE? SIM NÃO

A FAMÍLIA ESTÁ COM ALGUM MEMBRO EM TRATAMENTO MÉDICO? SIM NÃO

QUEM? _____ QUAL? _____

ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA É PORTADOR DE ALGUMA DEFICIÊNCIA OU NECESSIDADE

ESPECIAL? SIM QUEM? _____ NÃO

A CRIANÇA ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? _____

A CRIANÇA JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? QUAL? _____

A CRIANÇA É ALÉRGICA? _____

A CRIANÇA USA ÓCULOS OU ALGUM APARELHO DE CORREÇÃO OU AUXILIAR? _____

A FAMÍLIA ESTÁ RECEBENDO ALGUM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA DO GOVERNO?

SIM – QUAL? _____ VALOR: _____ NÃO

O TRANSPORTE DA CRIANÇA PARA A ESCOLA É FEITO PELO RESPONSÁVEL OU TRANSPORTE ESCOLAR? _____

A CRIANÇA FREQUENTA OUTROS CURSOS? QUAL? _____ VALOR _____

OUTRAS INFORMAÇÕES: _____

4. JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE BOLSA: (Rendimento insuficiente / despesas especiais / trabalho voluntário / valorização social dos estudos / etc.)

4.1 DECLARAÇÃO:

EU, _____, portador (a) do RG nº _____ e CPF nº _____ solicito uma bolsa de estudos de _____%, e declaro estar ciente e de acordo com as Normas de Concessão de bolsas da Ordem Auxiliadora das Senhoras Evangélicas (Instituto Educacional Luterano), bem como de que a inveracidade das informações contidas neste documento e na sua ficha socioeconômica em anexo implicará no cancelamento da bolsa, além de eventuais sanções previstas em Regimento.

Tenho ciência, ainda, de que responderei civil, administrativa e criminalmente pela veracidade das informações aqui prestadas.

Declaro também, estar ciente de que as informações fornecidas serão analisadas podendo ou não ser concedida a bolsa de estudos por 01 (um) ano letivo. Ciente e de acordo de que as informações aqui mencionadas serão verificadas e analisadas e se houver a necessidade de esclarecimentos poderá ser agendada uma visita do técnico Assistente Social e se necessário a visita domiciliar poderá ser fotografada para as imagens comporem relatório técnico.

Nestes termos, peço deferimento.

Ferraz de Vasconcelos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Requerente