FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Varginha/MG ANO: 2027
Edital AFB 002/2026

PROCESSO Nº...../2027
(para uso do Colégio)

PREZADO(A) RESPONSÁVEL, esclarecemos que este Formulário somente será avaliado com todas as informações preenchidas **(colocar um traço nos espaços em que não tiver resposta),** DATADO, ASSINADO, SEM RASURAS E ENTREGUE NO PRAZO DETERMINADO, COM **TODOS** OS DOCUMENTOS SOLICITADOS DENTRO DE ENVELOPE LACRADO CONTENDO NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)**.**
ATENÇÃO: NÃO OBSERVADO O ITEM ANTERIOR, O PEDIDO PODERÁ SER INDEFERIDO.
PREENCHER FORMULÁRIO COM LETRA LEGÍVEL.

Comissão Gestora de Bolsas de Estudo.

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

NOME COMPLETO DO(A) ALUNO(A)/CANDIDATO(A) à bolsa de estudo:
_____ **CPF:**_____

IDADE: _____ **Data de Nascimento:** _____

Série/Ano cursado em 2026: _____ **Nível de Ensino:** _____ **Turma:**_____

Nº de matrícula se aluno(a) do Colégio dos Santos Anjos: _____

Aluno(a)/Candidato(a) possui deficiência(s)? [ ] NÃO **[ ]** SIM **Qual(is)?** _____

Possui laudo médico? [ ] NÃO **[ ]** SIM **Realiza Atendimento Educacional Especializado (AEE)? [ ]** NÃO **[ ]** SIM

Caso não seja aluno(a)/ candidato(a) do Colégio dos Santos Anjos, em 2026, informar o nome da escola de origem:
_____

[ ] Escola Pública ou **[ ]** Escola Particular - Possui Bolsa de Estudos? **[ ]** NÃO **[ ]** SIM Qual Percentual? _____ %

2. RESPONSÁVEL FINANCEIRO pelo(a) aluno(a)/candidato(a) - Deverá, obrigatoriamente, morar na mesma casa do(a) aluno(a)/candidato(a)

Nome:		Estado Civil:
Escolaridade:	E-mail:	
Grau de parentesco **[ ]**PAI **[ ]**MÃE **[ ]**OUTRO: ..... CPF:		
Telefone residencial:	Telefone Celular:	
Endereço Residencial:		
Bairro:	Cidade:	
Profissão:	Ocupação profissional:	Renda Mensal Bruta:
Empresa na qual trabalha:		Função:
Endereço Comercial:		
Telefone Comercial: ( )		
Possui outra(s) fonte(s) de Renda? **[ ]** NÃO **[ ]** SIM Qual(is)?		Valor Total Bruto (R$):
Declara Imposto de Renda? **[ ]** NÃO **[ ]** SIM		

3. RESPONSÁVEL ACADÊMICO

Nome:		Estado civil:
Escolaridade:	E-mail:	
Grau de parentesco **[ ]**PAI **[ ]**MÃE **[ ]**OUTRO: ..... CPF:		
Telefone residencial:	Telefone Celular:	
Endereço Residencial:		
Bairro:	Cidade:	
Profissão:	Ocupação profissional:	Renda Mensal Bruta:
Empresa na qual trabalha:		Função:
Endereço Comercial:		
Telefone Comercial: ( )		
Possui outra(s) fonte(s) de Renda? **[ ]** NÃO **[ ]** SIM Qual(Is)?		Valor Total Bruto (R$):
Declara Imposto de Renda? **[ ]** NÃO **[ ]** SIM		

4. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR - TODOS que residem no imóvel, inclusive o(a) aluno(a)/candidato(a)

Nº	NOME	PARENTESCO com o(a) aluno(a)/candidato(a)	IDADE	ESCOLARIDADE	TRABALHA	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL (informar todas as atividades que geram renda)	RENDA MENSAL BRUTA TOTAL (R$)
1		aluno(a)/candidato(a)			[ ]NÃO [ ]SIM		
2					[ ]NÃO [ ]SIM		
3					[ ]NÃO [ ]SIM		
4					[ ]NÃO [ ]SIM		
5					[ ]NÃO [ ]SIM		
6					[ ]NÃO [ ]SIM		
7					[ ]NÃO [ ]SIM		
8					[ ]NÃO [ ]SIM		
9					[ ]NÃO [ ]SIM		
10					[ ]NÃO [ ]SIM		

5. INFORMAÇÕES EDUCACIONAIS (Considerar todas as pessoas que residem no mesmo domicílio do(a) aluno(a) /candidato(a) ou tenham as suas despesas educacionais atendidas pela unidade familiar):

Algum membro do grupo familiar, além do(a) aluno(a)/candidato(a), está matriculado no Colégio dos Santos Anjos?
[ ]NÃO **[ ]** SIM
Nome:_____ Ano/Série em 2026: _____ Possui bolsa/desconto: **[ ]**NÃO **[ ]**SIM Percentual (%): _____
Nome:_____ Ano/Série em 2026: _____ Possui bolsa/desconto: **[ ]**NÃO **[ ]**SIM Percentual (%): _____
Nome:_____ Ano/Série em 2026: _____ Possui bolsa/desconto: **[ ]**NÃO **[ ]**SIM Percentual (%): _____

Em 2026, algum membro do grupo familiar estudando em outra instituição de ensino? **[ ]**NÃO **[ ]** SIM

NOME	INSTITUIÇÃO (Colocar o nome)			BOLSA/DESC	VALOR PAGO
		[ ]Ed Básica [ ]Superior	[ ]Pública [ ]Privada	[ ]Não [ ]Sim Perc.(%): _____	R$_____
		[ ]Ed Básica [ ]Superior	[ ]Pública [ ]Privada	[ ]Não [ ]Sim Perc.(%): _____	R$_____
		[ ]Ed Básica [ ]Superior	[ ]Pública [ ]Privada	[ ]Não [ ]Sim Perc.(%): _____	R$_____

6. INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO HABITACIONAL:

A família reside em: [ ]Casa [ ]Apartamento [ ]Casa compartilhada [ ]Vila operária [ ] Outro. Especificar:
Imóvel é: [ ]Próprio [ ]Financiado [ ]Alugado [ ]Cedido [ ]Ocupado - Se cedido, por quem? _____
Quanto tempo reside no local? [ ]Menos de dois anos [ ]De dois a cinco anos [ ]Mais de cinco anos
Localizado em: [ ]Zona urbana [ ]Zona Rural **Quantos cômodos? _____**
Há outras moradias no mesmo terreno? [ ]Não [ ]Sim, quantas? _____ - **Com vínculo familiar?** [ ]Não [ ]Sim
Tipo de Moradia: [ ]Alvenaria [ ]Outros, especificar: _____
Qual característica melhor descreve a sua casa: [ ]Residência sem acabamento (sem reboco, ou pintura, ou piso etc)
[ ] Residência com acabamento [ ] Outro: _____
Acesso à energia elétrica: [ ]Sim, com medidor [ ]Sim, com medidor compartilhado [ ]Sim, sem medidor [ ]Não possui
Possui água canalizada: [ ]Não [ ]Sim **Forma de abastecimento:** [ ]Rede Geral de Distribuição [ ]Poço ou Nascente
[ ]Água cedida [ ]Cisterna de captação de águas da chuva [ ] Carro pipa [ ]Outra forma
Coleta de Lixo: [ ]Sim, coleta direta (serviço público) [ ]Sim, coleta indireta [ ]Não possui coleta

7. INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO GRUPO FAMILIAR

A família recebe alguma ajuda financeira? [ ] NÃO [ ] SIM - De quem? _____ Valor: R$ _____
Recebe pensão alimentícia: [ ] NÃO [ ] SIM - Valor: R$ _____ **Possui Sentença Judicial:** [ ] NÃO [ ] SIM
A família possui CADÚNICO (Cadastro Único): [ ] NÃO [ ] SIM
Recebe Bolsa Família: [ ] NÃO [ ] SIM - Valor: R$_____ **Recebe BPC:** [ ] NÃO [ ] SIM - Valor: R$ _____
Em caso de trabalhadores formais, recebem auxílio alimentação, auxílio transporte, plano de saúde, auxílio creche, etc? [ ]NÃO [ ]SIM - Quais e valores? _____

Tipo de transporte utilizado pelo aluno(a)/candidato(a), normalmente, para ir e voltar da escola:
[ ] A pé/bicicleta. Tempo gasto no trajeto: _____ [ ] De carona [ ] Transporte próprio
[ ] Oferecido gratuitamente por Prefeituras e/ou Escola [ ]Transporte coletivo. Gasto diário (ida e volta)R$ _____
[ ] Transporte locado/van escolar. Gasto Mensal R$ _____ [ ]Outro. Especificar: _____

Gastos Saúde - Alguém do grupo familiar possui doença grave e/ou crônica, transtorno, síndrome, deficiência ou outros?
[ ] NÃO [ ] SIM

Nome do familiar	Tipo doença	Gastos mensais com medicamentos/tratamento
		[ ]Não [ ]Sim – R$ _____
		[ ]Não [ ]Sim – R$ _____
		[ ]Não [ ]Sim – R$ _____

PATRIMÔNIO FAMILIAR - ASSINALAR O QUE O <u>GRUPO FAMILIAR</u> POSSUI.

IMÓVEIS - (casa, apartamento, sala comercial, terreno, lote, área rural, etc). Informar inclusive a moradia do candidato caso esta seja própria ou financiada	**Localização (endereço completo)**	**Valor de mercado**	**Gera renda mensal para o grupo familiar?**
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____

Veículos (carro, moto, caminhão, trator, motoneta, veículos aquáticos, etc) – especificar	**Ano**	**Placa**	**Próprio, cedido, financiado, consórcio (quitado ou em pagamento) - especificar**	**Valor de mercado**	**Gera renda mensal para o grupo familiar?**
				R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
				R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
				R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
				R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____

OUTROS BENS / PATRIMÔNIO	**Descrição**	**Valor de mercado**	**Gera renda mensal para o grupo familiar?**
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____
		R$_____	[ ]Não [ ]Sim. R$_____

8. DESPESAS MENSAIS DO GRUPO FAMILIAR

Aluguel: R$	Mensalidade Escolar: R$	Mensalidade universitária: R$
Farmácia: R$	Financiamento de veículo: R$	INSS (se não constar no contracheque): R$
Condomínio: R$	Financiamento habitacional: R$	Previdência privada: R$
Água: R$	Empregada diarista: R$	Lazer: R$
Energia elétrica: R$	Empregada mensalista: R$	Mensalidade Clube: R$
Gás: R$	Alimentação/limpeza/higiene: R$	Transporte: R$
Telefone fixo: R$	Cursos(inglês, informática, etc): R$	Combustível: R$
Telefone celular: R$	Médicos/Exames: R$	Pensão Alimentícia: R$
TV por assinatura: R$	Dentista: R$	Empréstimo: R$
Internet: R$	Seguro carro (anual): R$	Material escolar (anual): R$
Plano de saúde: R$	Seguro vida: R$	IPTU (anual): R$
Outro (especificar): R$	Outro (especificar): R$	IPVA + taxas (anual): R$

9. UTILIZAR O CAMPO ABAIXO PARA DESCREVER O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EDUCACIONAL (se necessário, use uma folha e anexe ao formulário):

ESTE CAMPO TEM QUE SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDO!

10. DO TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Os dados pessoais, sensíveis ou não, coletados no processo de Renovação e Concessão de Bolsas de Estudo pela Associação Franco Brasileira, serão tratados em conformidade com a Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, sempre visando o melhor interesse do(a) aluno(a) e com a finalidade de aferir se o(a) candidato(a) e seu núcleo familiar atendem aos critérios socioeconômicos, assegurando o cumprimento dos direitos dos titulares previstos no artigo 18 desta Lei. Os documentos e dados pessoais coletados serão eliminados após cumprirem os prazos legais previstos no Edital AFB nº 002/2026, resguardado o interesse público ou por determinação da autoridade nacional.

11. DECLARAÇÃO:

Declaro, para fins de direito, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que nenhuma informação foi omitida. Declaro, ainda, que estou ciente de que a inexatidão das informações dadas sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal, bem como às penalidades previstas no artigo 26, da Lei Complementar nº 187/2021.

Declaro, ainda, que li e estou de acordo com os termos do Edital AFB nº 002/2026 da Associação Franco Brasileira e que autorizo a entrevista em domicílio, estando à disposição para entrevistas e outros esclarecimentos durante o Processo de Renovação e Concessão de Bolsas ao longo do ano letivo. Estou ciente e concordo com o fornecimento dos meus dados socioeconômicos e dos membros do grupo familiar.

Por ser verdade, firmo a presente declaração em uma única via, para que produza todos os seus efeitos legais.

Varginha/MG..... de ..... de 2026

Assinatura do(a) Responsável Financeiro: _____

Nome legível do(a) Responsável Financeiro: _____