



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

ANEXO I
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

SOLICITO: () BOLSA PERMANÊNCIA () BOLSA MORADIA () AUXÍLIO TRANSPORTE

I - IDENTIFICAÇÃO DO (A) DISCENTE

Nome: _____

Curso: _____ Turno _____

Nº de Matrícula _____ Sexo: () Mas. () Fem.

Data de Nascimento ____/____/____ Idade: _____

RG: _____ O. Expedidor: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Nº _____

Qd. _____ Lote _____ Setor: _____

Município: _____ CEP _____

Ponto de referência: _____

Telefone residencial: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Onde você estudou os últimos anos

- () Todo em Escola Pública.
() Todo em Escola Particular sem bolsa.
() Todo em Escola Particular com bolsa.
() Parcialmente em Escola Particular com bolsa.
() Parcialmente em Escola Particular sem bolsa.

Nome da última escola _____

Qual o último ano que frequentou a escola?

- () Menos de 1 ano
() De 1 a 5 anos
() De 6 a 10 anos
() Mais de 10 anos

Estado civil

- () Solteiro(a)



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

- () Casado(a)/ Companheiro(a)
() Separado(a)/ Divorciado(a)
() Viúvo(a)
() Outro Qual? _____

II - CONDIÇÃO DE HABITAÇÃO DO (A) DISCENTE

Como você mora:

- () Sozinho(a) Quanto tempo? _____
() Com os pais
() Com a mãe
() Com o pai
() Com o cônjuge/companheiro(a)
() Com os filhos
() Casa de amigos Quanto tempo? _____
() Casa de parentes Quanto tempo? _____ Parentesco? _____
Nome: _____ Telefone: () _____
() República Quanto tempo? _____
() Outros _____

Sua moradia atual é:

- () Própria
() Financiada Valor mensal R\$ _____
() Alugada Valor total do aluguel R\$ _____ Divide com alguém? _____
Com que? _____ Valor que cada pessoa paga _____
() Cedida Por quem? _____
() Outro Qual? _____

Possui no seu Setor:

- () Asfalto () Saneamento básico () Área de Lazer () Hospital ou Unidade Básica de Saúde (UBS) () Escola () Transporte público () Ronda Policial () Comércio.

Situação do abastecimento de Água:

- () Rede de Saneamento Básico
() Poço Artesiano
() Cisterna
() Represa
() Outro qual? _____

Meio de locomoção mais utilizado:



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

() Carro

() Moto

() Ônibus

() Bicicleta

() Outro qual? _____

Distância da residência até o Campus é _____Km



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

III - SITUAÇÃO FINANCEIRA DO (A) DISCENTE

Em relação ao orçamento familiar, qual sua situação atual?

- () Dependente financeiramente dos pais.
() Depende financeiramente da mãe.
() Depende financeiramente do pai.
() Depende financeiramente do padrasto/madrasta
() Depende financeiramente do cônjuge/companheiro(a)
() Dependente financeiramente de outros parentes Quem? _____
() Independente financeiramente.
() Independente financeiramente e responsável **por parte** das despesas domésticas.
() Independente financeiramente e responsável **por todas** as despesas domésticas.
Alguém na família te apoia financeiramente para se manter estudando? () Sim () Não

Se sim, quem? _____. Qual o valor mensal? R\$ _____

Você paga Pensão? () Sim () Não. Se sim qual o valor mensal? R\$ _____

Em relação ao trabalho e renda, qual situação da sua família;

Você trabalha: () Sim () Não. Quantas pessoas trabalham? _____

Quais são os tipos de vínculos empregatícios? () Carteira Assinada () Estatutário
() Contrato () Sem Carteira Assinada () Autônomo/Profissional liberal.

Tem algum membro maior de 18 anos na família desempregado?

() Sim () Não Se **SIM**, quanto tempo? _____ meses

Com relação a sua renda, você é:

() Aposentado(a) ou afastado(a) por doença. Cargo que exercia _____ Valor da Aposentadoria/ INSS R\$ _____

() Pensionista. Valor da Pensão: R\$ _____

Qual é a Pensão? _____

Bolsista: () CNPQ () PIBIC () Permanência () Monitoria () Outra; Qual? _____

Quanto recebe? R\$ _____

() Participa de algum Programa Social Municipal, Estadual ou Federal (Ex. Bolsa Família)?

() Sim () Não.

Se **SIM**, qual: _____



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

IV - SITUAÇÃO FAMILIAR

Seus pais são: () Casados () Separados () Pai falecido () Mãe falecida

() Pais desconhecidos

Se SEPARADOS:

Seu pai paga Pensão () Sim () Não Valor R\$ _____

Sua mãe paga Pensão () Sim () Não Valor R\$ _____

Seu pai ou mãe tem companheira (o)? () Sim () Não

Se SIM dados da madrasta / padrasto:

Nome _____ Celular () _____

Escolaridade _____ Idade _____

Profissão _____ Atividade que exerce _____

Renda R\$ _____ Tipo de vínculo? () Carteira Assinada () Estatutário ()

Contrato () Sem Carteira Assinada () Autônomo/Profissional liberal

() Desempregado(a) () Faz Bicos? Quais? _____

Renda mensal R\$ _____

() Aposentado(a) Renda R\$ _____

Identificação do Responsável

Nome _____ Celular () _____

Escolaridade _____ Idade _____

Profissão _____ Atividade que exerce _____

Renda R\$ _____ Tipo de vínculo? () Carteira Assinada () Estatutário ()

Contrato () Sem Carteira Assinada () Autônomo/Profissional liberal.

Local de Trabalho _____

() Desempregado(a) () Faz Bicos? Quais? _____

Renda mensal R\$ _____

() Aposentado(a) Com o valor de R\$ _____

V - COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Relacionar todas as pessoas que residem no mesmo ambiente.

Nome (somente o 1º nome)	Idade	Profissão/ Trabalho	Renda Mensal	Escolaridade	Grau de parentesco



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

Tem alguém no ambiente familiar portador de necessidades especiais ou doença Crônica?

() Sim () Não Nome: _____; Qual? _____

Você tem irmão (ã) que estão fazendo Curso Superior? () Sim () Não.

Se SIM, qual curso _____; Qual Instituição? _____

Despesas Fixas mensais:

Moradia R\$ _____ Energia R\$ _____ Água R\$ _____

Alimentação R\$ _____ Medicamentos R\$ _____

Plano de Saúde R\$ _____ Educação R\$ _____

Transporte R\$ _____ Outros R\$ _____ Qual? _____

Para tratamento de saúde você procura:

() Sistema Único de Saúde (SUS)

() Plano de Saúde. Qual? _____

() Tratamento particular, sem Plano de Saúde.

Você ou alguém do ambiente familiar possuem veículos? (carro, motocicleta, caminhão, camionete). () SIM () NÃO

Se SIM:

Proprietário	Grau de parentesco	Marca/modelo	Ano/veículo	Finalidade		
				Passeio	Táxi	Frete



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

Você ou alguém do ambiente familiar possuem propriedade rural? () Sim () Não

Se SIM:

Proprietário	Grau de parentesco	Área (nº ha)	Cidade /Estado

Há quanto tempo possui a propriedade? _____

Qual a principal atividade da propriedade? _____

Você ou alguém do ambiente familiar possuem algum estabelecimento comercial ou Imóvel? Comércio () ou Imóvel ().

Se SIM:

Proprietário	Grau de parentesco	Nome do comércio	Cidade /Estado

Endereço completo do bem: _____

Há quanto tempo possui: _____

No seu ambiente familiar possui: (Marque com X quantidade)

Bens/Serviços	Não Tem	1	2	3	4
Sala					
Cozinha					
Quarto					
Banheiro					
TV					
TV por assinatura					
Telefone Fixo					
Aparelho de Som					
Notebook					
Computador					
Aparelho de DVD					



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

Aparelho Celular					
Micro-Ondas					
Freezer					
Tanquinho					
Máquina de lavar roupa					
Geladeira					
Internet					
Aparelho de Ar Condicionado					
Automóvel					
Motocicleta					
Empregada					
Diarista					

Justifique brevemente e claramente o motivo de sua solicitação:

Declaro que as informações são completas e verdadeiras e estão sujeitas às sanções do Decreto Lei 2848/40, Artigo 299.

Local e data _____, ____/____/201__.

Assinatura do(a) discente

Em caso de estudante menor assinatura do responsável



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RENDA PARA AUTÔNOMO

EU, _____, portador
do RG _____ declaro, Órgão Expedidor _____ sob
e do CPF _____

_____, declaro, sob as penas da lei, e pra fins de apresentação
no Instituto Federal Goiano-Campus Campos Belos, que recebo uma renda mensal
aproximada de R\$ _____, referente ao trabalho autônomo
de _____, que
desenvolvo sem vínculo empregatício desde ____/____/____.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração,
estando ciente de que a omissão ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou
divergentes implicam no cancelamento da inscrição no processo de seleção em questão.

Campos Belos, _____ de _____ 20____.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCER ATIVIDADE REMUNERADA

Eu, _____,
portador do RG _____ Órgão Expedidor _____ e do CPF _____
declaro, sob as penas da lei, e para fins de apresentação
no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano- Campus Campos Belos, que
não exerço atividade remunerada.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração,
estando ciente de que a omissão ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou
divergentes implicam no cancelamento da inscrição do aluno
_____ do Processo de Seleção em questão.

Campos Belos, _____ de _____ 20____.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA

Eu, _____
_____, portador do RG _____ O.
Expedidor _____ e _____ do
CP _____,
residente no endereço _____, com
o telefone () _____, declaro sobre as penas da lei, e para fins de
apresentação no IF Goiano Campus Campos Belos, que **ajudo financeiramente**

com o valor mensal aproximado de R\$ _____. Declaro ainda, a inteira
responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a
omissão ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam
no cancelamento do _____ discente
_____ do Processo de Seleção
em questão.

Declaro que as informações são completas e verdadeiras e estão sujeitas às sanções do
Decreto Lei 2848/40, Artigos 171 e 299, Código Penal.

Cidade e data _____, _____/_____/201__.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO
CAMPUS CAMPOS BELOS

ANEXO V
INSTRUMENTAL DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA	
RENDA BRUTA	Pontos
Até ½ salário mínimo	00
De ½ até 1 salário mínimo	01
De 1 até 1 ½ salários mínimos	02
De 1 ½ até 2 salários mínimos	03
De 2 até 2 ½ salários mínimos	04
De 2 ½ até 3 salários mínimos	05
De 3 até 3 ½ salários mínimos	06
De 3 ½ até 4 salários mínimos	07
Acima de 4 salários mínimos	08

Nº DE MEMBROS DA FAMÍLIA	Pontos
Acima de 8	01
6 a 7	02
4 a 5	03
2 a 3	04
1	05

TIPO DE VÍNCULO QUE OBTÉM MAIOR RENDA	Pontos
Benefícios sociais (PBF, BPC e outros)	00
Sem carteira assinada	01
Autônomo/Profissional liberal	02
Pensão e/ou aposentadoria de até 1 salário mínimo	03
Contrato (Estado, prefeitura ou empresa)	04
Carteira assinada	05
Estatutário	07

ESCOLARIDADE DOS MEMBROS DA FAMÍLIA*	Pontos
Analfabeto	00
Alfabetizado	01
Fundamental incompleto	02
Fundamental completo ou Médio incompleto	03
Médio completo ou Superior incompleto	04
Superior	05
* Pontuação considera somente o maior nível educacional entre os responsáveis pela renda.	

CONDIÇÃO DE HABITAÇÃO*				
Tipo	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Cedida	01	02	03	04
Alugada	02	03	04	05
Financiada	03	04	05	06
Própria	04	05	06	07
Outras	00	01	02	03
*Pontuação leva em consideração: região localizada, bens e serviços do ambiente familiar, relação entre tamanho da residência e quantidade de membros que nela reside.				

SITUAÇÃO DE DOENÇA GRAVE	Pontos
Possui	00
Não possui	01

	Pontos
Total	

Pontuação máxima 33 pontos;
Pontuação mínima 01 pontos;
Quanto menor a pontuação alcançada maior o grau de vulnerabilidade do candidato;
Este instrumental só possui legitimidade acompanhado do Anexo VI assinado pelo Assistente Social e que estará anexado ao final de cada processo dos inscritos no programa.

