



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.colegiocbnsp.com.br e-mail: assistsocial.cbnsp@redeberlaar.com.br

ORIENTAÇÕES

- O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão da Bolsa de estudos por parte do Colégio Berlaar Nossa Senhora do Patrocínio.
- As Bolsas, no caso de concessão, tem validade apenas para o ano letivo de **2024** e não é direito adquirido, sendo intransferível.
- 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.

3X4

2024

1-INFORMAÇÕES GERAIS:

Pedido de Bolsa?	Série a cursar 2024	Aluno Novato	Aluno Veterano	Irmãos no Colégio	Visita Domiciliar (Dias e horário)
				() Sim () Não Qtos? _____	

2-IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:

Nome Completo: _____ Data de Nasc: ____/____/____
 Sexo: () F () M CPF: _____ RG: _____
 Naturalidade: _____ Tel: () _____ Religião _____
 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:

Pai: _____ D.Nasc. ____/____/____ RG _____ CPF _____
 Situação civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () União Estável () União Informal () Falecido Tel: _____
 Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Renda: _____
Mãe: _____ D.Nasc. ____/____/____ RG _____ CPF _____
 Situação civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () União Estável () União Informal () Falecido Tel: _____
 Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Renda: _____
 Pai e mãe residem juntos, com candidato (a)? () sim () não ⇨ Se não, recebe pensão? NÃO () SIM ()
 De quem o educando recebe pensão? Nome: _____ Parentesco: _____

4 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL: Se o aluno não reside com os pais descrever os dados do responsável legal:

Nome: _____ D.Nasc. ____/____/____ RG _____ CPF _____
 Situação civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () União Estável () União Informal () Falecido Tel: _____
 Número de Processo: _____ Vara _____ Possui Termo de Guarda? () sim () não
 Outras Informações: _____

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	Data de Nasc.	Escolaridade	Profissão ou Atividade	Formal, Informal, Desempregado Estudante, Pensão	Renda Bruta (R\$)	Renda Extra (R\$ (bico, pensão, aluguel, etc.))	Imposto de Renda SIM - NÃO

TOTAL DE MEMBROS NA FAMÍLIA: _____ TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR : R\$ _____

7- RENDAS DE PROGRAMAS SOCIAIS:

No grupo familiar acima há alguém que tenha acesso a Programa Governamental de Renda Mínima (Federal, Estadual ou Municipal) Auxílio Brasil, 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	Valor parcela R\$	
1-					
2-					
3-					

9-MEMBRO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS/FACULDADES/PÓS/CURSOS:

Nome	Nome da Instituição de Ensino	Curso	Pública	Particular		Valor da Parcela R\$
				Possui desconto? Sim (%)	Não	
1-						
2-						
3-						
TOTAL R\$						

10- SITUAÇÃO ESPECIAL DE SAÚDE E OU DEFICIÊNCIA

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

11- DESPESAS MENSAS BÁSICAS: (COLOCAR MÈDIA DAS DESPESAS FIXAS)

DESPESAS	VALOR: R\$	DESPESAS	VALOR: R\$	DESPESAS	VALOR: R\$
ÁGUA		EDUCAÇÃO /CURSOS		MEDICAÇÃO	
LUZ		INTERNET		COMBUSTÍVEL	
TELEFONE		PLANO DE SAÚDE		EMPREGADOS DOMÉSTICOS	
ALIMENTAÇÃO		CARTÃO DE CRÉDITO		OUTRAS DESPESAS	
ALUGUEL		FINANCIAMENTO		VALOR TOTAL DAS	
CONDOMÍNIO		EMPRÉSTIMO		DESPESAS MENSAS- R\$	

12- JUSTIFICATIVA DE PEDIDO

13- TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob as penas da Lei Complementar 187 de 16 de dezembro de 2021, 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.

-----, ----- de ----- de 20---

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

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: