



Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

SOLICITAÇÃO DE BOLSA ESTUDO SOCIAL PARA O ANO DE LETIVO 2024 RENOVAÇÃO

Nome do Candidato: _____

Série 2024: _____ Porcentagem de bolsa solicitada () 100% Integral () 50% Meia bolsa

Série e ano que ingressou como bolsista no Colégio Santa Cruz: _____

Nome dos pais: _____

Responsável Legal: _____

Declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei que todas as informações prestadas no Formulário de Solicitação de Renovação do Programa de Bolsa de Estudos são verdadeiras e que estou **ciente do Edital nº001/2023** e anexos, bem como das normas e orientações para participação no referido Programa de Bolsas e que a concessão de gratuidade é de acordo com a disponibilidade orçamentária da Mantenedora do Colégio, podendo haver troca de turno/turma do estudante.

Comprometo-me a comunicar imediatamente ao Setor de Serviço Social do Colégio Santa Cruz qualquer alteração na renda *per capita* do grupo familiar do aluno, mudança de endereço e telefones.

Autorizo que seja realizada a qualquer tempo visita domiciliar por profissional, Assistente Social ou Equipe Técnica, designada pelo Colégio Santa Cruz, com a finalidade de verificação e/ou complementação das informações prestadas no processo de concessão da bolsa de estudo, comprometendo-me à estar em casa no dia e horário previamente agendado pela Assistente Social, e me disponibilizo a prestar qualquer esclarecimento e documentos que forem solicitados.

Estou ciente que o deferimento da matrícula para o ano de 2024, está condicionada ao parecer do Conselho de Classe Final do ano letivo de 2023, *sendo que a entrega de documentos e participação deste processo não garante a vaga solicitada para o próximo ano letivo.*

Segue anexo o FORMULÁRIO SOCIOECONOMICO, declarações e as cópias de documentos de todos os integrantes do grupo familiar, os quais retratam fielmente a realidade socioeconômica do estudante.

Maringá, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente



Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

FORMULÁRIO SOCIOECONOMICO

Aluno: _____ Idade: _____

Código do aluno no Sistema Delta: _____

Nome do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____ E-mail para contato: _____

1 - Aspecto Habitacional do Grupo Familiar

Endereço Residencial:	
Rua/Av.: _____	Nº _____
Apto/Bloco.: _____	Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Telefone res.: _____	Telefone com.: _____ Celular: _____

2 - Tipo de Moradia:

<input type="checkbox"/> Própria Quitada	<input type="checkbox"/> Financiada - Valor da Prestação R\$	<input type="checkbox"/> Alugada – Valor mensal R\$	<input type="checkbox"/> Cedida sem ônus por:
---	---	--	--

3- Composição Familiar

Qt.	Nome	Grau de parentesco	Idade	Profissão	Renda Bruta R\$
01		Candidato(a)			
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
Soma da Renda Bruta Total R\$					



Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

4 - Despesas Mensais – O que paga:

Água e esgoto	R\$	Educação	R\$
Luz	R\$	Combustível e/ou Vale Transporte	R\$
Condomínio	R\$	Pensão Alimentícia	R\$
Telefone/Celular	R\$	Aluguel	R\$
Gás	R\$	Cartão de crédito	R\$
Alimentação	R\$	Internet	R\$
Medicamentos	R\$	Impostos: IPTU/IPVA	R\$
Atividade Física (academia, aulas de esportes, dança)	R\$	Financiamento Habitacional	R\$
Plano de Saúde	R\$	Outros	R\$
Financiamentos Veículo	R\$		
	R\$	Total das Despesas	R\$

5 - Receitas – declarar o valor bruto dos recebimentos

Rendimento do Responsável	R\$
Rendimento do Cônjuge	R\$
Rendimentos de outros membros	R\$
Pensão/Aposentadoria	R\$
Aluguel/arrendamento	R\$
Pensão Alimentícia Judicial ou não	R\$
Ajuda de familiares/terceiros	R\$
Outras receitas:	R\$
Total da Renda Bruta Familiar Mensal	R\$



Associação Civil Carmelitas da Caridade

Praça Sete de Setembro, 126 – Caixa Postal 2043 – Maringá - PR

Fone: 44 3344-1671 – CEP 87015-290

CNPJ – 79.134.961/0001-49

6 - Dados complementares

Grupo Familiar é Inscrito no CadÚnico	() Não	() Sim
É Beneficiado por Programa de Transferência de Renda?	() Não	() Sim
() Bolsa Família () BPC () Outro _____	Valor R\$	
Outros – Especificar	R\$	
Total	R\$	

7 - Bens do Grupo Familiar

Descrição	Valor R\$	Valor da parcela do financiamento
Terreno		
Casa		
Apartamento		
Moto		
Carro		
Caminhão/Van		
Outros. Descrever		
Total	R\$	

8- Informações sobre a saúde:

Há alguma pessoa com deficiência, no grupo familiar? Em caso positivo, informe o nome, diagnóstico e se a condição é permanente ou temporária _____

Doente crônico no grupo familiar: () não () Sim

Especificar: _____

Tem de Plano de Saúde? () não () Sim. Qual? _____

Nome da UBS de referência _____

Data _____

Assinatura do Requerente