

ANEXO I

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

As informações abaixo solicitadas têm como objetivo o registro de sua situação socioeconômica para Concessão de Ajuda de Custo para estudantes matriculados no IFMT *Campus* Cuiabá-Bela Vista

I. IDENTIFICAÇÃO DO/A ESTUDANTE

Nome:

Sexo:

Idade:

Cor/Raça:

() Branco () Pardo () Negro () Amarelo () Indígena

Telefone fixo:

Telefone celular:

E-mail:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () União Estável

II. ESCOLARIDADE DO/A ESTUDANTE

Curso:

Turno:

Matrícula

Semestre/Ano:

Cotista:

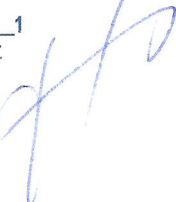
() Sim () Não

III. IDENTIFICAÇÃO DOS FAMILIARES DO/A ESTUDANTE

Nome do pai:

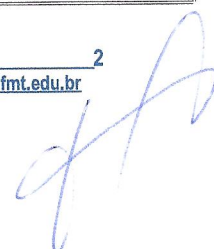
Grau de escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
() Pós graduação () Mestrado/Doutorado

Profissão:



ANEXO I

Está trabalhando no momento? () Sim () Não		
Telefone:	Fixo	Celular
Nome da mãe:		
Grau de escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós graduação () Mestrado/Doutorado		
Profissão:		
Está trabalhando no momento? () Sim () Não		
Telefone:	Fixo	Celular
Estado civil dos pais: () Solteiros () Casados () Separados () Divorciados () Viúvo(a)		
Nome do esposo(a):		
Grau de escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós graduação () Mestrado/Doutorado		
Profissão:		
Está trabalhando no momento? () Sim () Não		
Telefone:	Fixo	Celular
Tem filhos? () Não () Sim. Quantos?		
Especifique a idade de cada um?		
IV. DADOS FINANCEIROS		
Sua família (pais, irmãos) residem em: () Cuiabá () Várzea Grande () Interior MT () Outro Estado		



ANEXO I

Você reside com: () Pais () Esposo(a) () Parentes. Quais?
() Outros. Quem?

Você reside em residência? () Própria Quitada () Alugada () Cedida
() Própria em pagamento () Pensionato () Familiar () República
Valor R\$ _____

Quantas pessoas residem na casa onde você mora? () 1 a 3 pessoas () 4 a 6 pessoas
() 7 a 9 pessoas () Mais de 9 pessoas

Composição Familiar (inclusive você):

Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:
Grau de instrução: Profissão:

Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:
Grau de instrução: Profissão:

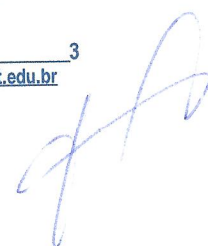
Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:
Grau de instrução: Profissão:

Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:
Grau de instrução: Profissão:

Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:
Grau de instrução: Profissão:

Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:
Grau de instrução: Profissão:

Nome:
Grau de parentesco: Idade: Estado civil:



ANEXO I

Grau de instrução:	Profissão:	
Nome:		
Grau de parentesco:	Idade:	Estado civil:
Grau de instrução:	Profissão:	
Nome:		
Grau de parentesco:	Idade:	Estado civil:
Grau de instrução:	Profissão:	

Qual a renda mensal da sua família (somando todos os membros da família que trabalham e contribuem para o sustento familiar)? Obs.: Valor do salário-mínimo R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais).

Menos de 1 salário mínimo

De 2 a 3 salários mínimo

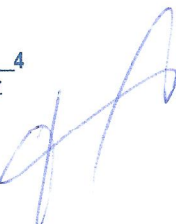
De 4 a 5 salários mínimo

Caso seus pais sejam separados ou divorciados, você recebe pensão alimentícia?

Não recebo pensão Sim, recebo pensão. Valor da pensão R\$

Dos bens abaixo relacionados, quais você e/ou sua família possui?

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO
()	Televisão
()	Aparelho de Som; Home Theater; Blueway ou similares
()	Máquina de lavar
()	Microondas; Forno elétrico
()	Ar condicionado





ANEXO I

<input type="checkbox"/>	Computador; Tablet; Notebook - () C/ internet () S/ internet
<input type="checkbox"/>	Celular - () C/ internet () S/ internet
<input type="checkbox"/>	Motocicleta
<input type="checkbox"/>	Carro
Qual é o meio de transporte que você utiliza para ir à escola? () Ônibus () Carro próprio () Carro da família () À pé () Carona () Bicicleta	
Você e sua família possui Plano de Saúde? () Sim () Não	
Caso não possua Plano de Saúde, quais serviços médicos recorrem quando necessário? () UPA/Posto de Saúde/Policlínica () Clínicas/Hospitais particulares () Outros. Quais?	
Há em sua família pessoas com problema de saúde que exigem tratamento constante?	
() Não () Sim. Quem e qual tratamento?	
Há em sua família pessoas com deficiência? () Não () Sim. Quem e qual deficiência?	

USO EXCLUSIVO PARA ANÁLISE
