



Data de entrega ___/___/___

Ficha Socioeconômica

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1. Dados de Identificação:	
<u>Nome do Aluno (a):</u>	Matrícula:
Nome do Curso:	Semestre que cursará em 2025/1
Data de Nascimento:	Profissão:
CI:	CPF:
Ingresso na FAPAS (Semestre e ano):	Estado Civil:
Endereço Residencial:	Bairro:
Ponto de referência:	Cidade:
Estado	Telefone Residencial
CEP:	Telefone Celular
Endereço Comercial/profissional:	Bairro:
Telefone:	Cidade:
E-mail:	
<u>Nome do Cônjuge/Companheiro:</u>	Data de Nascimento:
CI:	CPF
Grau de Instrução:	Profissão:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Estado:
Telefone Residencial	Telefone Celular
Endereço Comercial/profissional:	Bairro:

Telefone:	Cidade:
<u>Nome do Pai:</u>	Data de Nascimento:
CI:	CPF
Grau de Instrução:	Profissão:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Estado:
Telefone Residencial	Telefone Celular
<u>Nome da Mãe:</u>	Data de Nascimento:
CI:	CPF:
Grau de Instrução:	Profissão:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Estado:
Endereço Comercial/profissional:	Bairro:
Telefone	Cidade:
2. Situação Socioeconômica do Grupo Familiar:	
Moradia: Casa própria () Casa Financiada () Casa Alugada () Mora de Favor () Alguém da família possui carro? () Sim () Não Ano e Marca:	
Doença Grave no Grupo Familiar: () Sim () Não Qual?	
Outro Integrante do Grupo Familiar Matriculado em Instituição de Ensino Privado: () Sim () Não	
Nível de Instrução deste Aluno: () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo () Especialização () Mestrado () Doutorado	
A família é beneficiada com algum programa do Governo Federal? Qual?	

3.		Grupo Familiar:				
Nome	Parentesco	Idade	Grau de instrução	Instituição e/ou local de trabalho	Renda Bruta Mensal (R\$)	
1.	Aluno(a)					
2.						
3.						
4.						

5.					
6.					
7.					
8.					
	Total da Renda Bruta Mensal do Grupo Familiar				
	Pensão Alimentícia:				
	Renda Per Capita do Grupo Familiar				

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de, que a qualquer momento, poderei ser solicitado para entrevista, receber a visita domiciliar do (a) Assistente Social e, autorizo o mesmo a fotografar a minha residência. Conseqüentemente, em caso da não veracidade das informações e da documentação em anexo a Concessão da Assistência Educacional poderá sofrer alterações ou cancelamento.

, ____ de _____ de 20__

Assinatura: _____
Solicitante