

ANEXO II- FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO FAMILIAR

PROCESSO SELETIVO DE BOLSAS FILANTRÓPICAS - ANO LETIVO 2025

Unidade de Ensino Requerida: ACADEMIA DE MÚSICA DA OSESP

Nome completo do Candidato: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF do Estudante: _____

Curso: _____ (2025)

Já foi Bolsista da unidade? Sim (☐) Não (☐)/Último Ano do Benefício: _____

Possui alguma deficiência, condição especial ou transtorno, como Autismo, TDAH, ou outra condição? Sim (☐) Não (☐) Qual? _____

Possui algum parente, ou cônjuge na unidade requerida? Sim (_____) ou Não (☐)
Quantos? _____

Nomes e Cursos (se houver): _____

Nome do Responsável (menor de idade): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Fone: (____) _____ WhatsApp: (____) _____

E-mail: _____

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR

Existe gestante na moradia: Não () Sim () - Previsão do nascimento da criança? _____

A família participa de algum programa governamental:

Nenhum Benefício (-) / Programa Bolsa Família (-) / PROUNI () /

Outros () Qual? _____ Se possui, NIS Nº: _____

Qual é a condição de moradia em que reside a sua família, sou sozinho?

() Próprio e quitado (já acabou de pagar).

() Financiado. Valor R\$: _____ ATUAL POR MÊS.

() Alugado. Quanto tempo reside no local? _____ Valor R\$: _____ por mês.

() Cedido. Nome e parentesco com o proprietário: _____

Tipo de Moradia: Casa() Casa/Fundos() Apartamento() Sobrado()

Alvenaria() Madeira() Mista() - Quantos Cômodos/Peças? _____ Quantos banheiro(s): _____

Nº	Modelo/Marca	Ano Fabricação	Quitado?	Valor da Parcela do Financiamento?	Quantas parcelas faltam para quitação?
1.					
2.					
3.					
4.					

DESPESA FAMILIAR – MENSAL

Aluguel () Prestação/Financiamento ()	R\$
Condomínio*	R\$
Água*	R\$
Luz*	R\$
Telefone*	R\$
Alimentação*	R\$
Educação	R\$
Transporte*	R\$
Financiamento de Veículos	R\$
Farmácia (medicamentos)	R\$
Empréstimos (inclusive os consignados)	R\$
Outros, descrever:	R\$
Outros, descrever:	R\$
Total (inserir o valor total das despesas)	R\$

*Inserir último valor da despesa mensal.

SITUAÇÃO DE SAÚDE

Em sua família existe caso de doença crônica/grave?

() Sim. Qual doença? _____ CID _____ () Não

Quem tem problemas de saúde? Faz tratamento médico? Descreva: _____

Há gastos mensais com medicamentos contínuos? Se sim, qual o valor mensal?

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Todos que residem na mesma casa, INCLUSIVE O ESTUDANTE/CANDIDATO

Nome Completo	Idade	Grau de Parentesco (com o estudante)	Estado Civil	Situação Ocupacional (Função - Local de Trabalho) - (Estudante - Rede pública ou particular)	Renda Bruta
1.					R\$
2.					R\$
3.					R\$
4.					R\$
5.					R\$
6.					R\$
TOTAL DE INTEGRANTES DA FAMÍLIA				TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR	R\$

Pais residem juntos? Sim (___) Não (___)	O responsável possui guarda judicial? Sim (___) Não (___)
Recebe pensão alimentícia? Sim (___) Não (___) - Informal (___) Judicial (___) – Valor R\$_____por mês.	

