



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS
 RUA VER. ALBERTO BENEVENUTO, 3200 – BAIRRO DO PASSO – SÃO BORJA – RS
 CEP 97670-000 – TEL. (55) 3430-4339 / RAMAL 2844

FORMULÁRIO PARA REAVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

- 1 – Leia com atenção todo o formulário, é importante que todos os campos sejam preenchidos e com letra legível;
- 2 – Anexe ao formulário os documentos comprobatórios, conforme solicitação da assistente social de sua unidade acadêmica, para fins de reavaliação socioeconômica.
- 3 – É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário.
- 4- A inserção de auxílios solicitados pelos estudantes, **NÃO É AUTOMÁTICA**, e dependerá de análise pela PRAEC em interação com a assistente social da respectiva unidade acadêmica, considerando o limite orçamentário-financeiro.
- 5 – O aluno deve estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante” (Art. 299). Portanto, a omissão ou falsidade de informações pertinentes à comprovação de situação socioeconômica resultará em exclusão do processo, sem prejuízo às demais medidas cabíveis.
- 6 – Para esclarecimentos adicionais contatar a assistente social de sua unidade.

I – MODALIDADE DE BOLSA RECEBIDA

Preencher com X a modalidade de auxílio recebida: () Alimentação () Moradia () Transporte

Caso não receba alguma das modalidades, aponte a necessidade de seu recebimento, considerando os critérios para recebê-la.

II - IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: _____

Telefone: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____

Emails: _____

Curso: _____ Matrícula: _____ Período: () Manhã () Tarde () Noite

Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () União estável () Viúvo (a)

() Separado (a) Tipo: () separação legalizada () separação não legalizada

() paga pensão alimentícia () recebe pensão alimentícia

III – RESIDÊNCIA DO ALUNO**Endereço atual:**

Rua: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Mora com: () família – pais/responsáveis () família – cônjuge/filhos () namorado(a) () colegas () outros. Quem? _____**IV – SITUAÇÃO ECONÔMICA ATUAL****Ocupacional:**

() Estágio remunerado Valor R\$: _____ () Bolsa (PIBIC, CNPQ, etc) Valor R\$: _____

() PBDA Valor R\$: _____ () Trabalho formal Valor R\$: _____

() Trabalho informal. Qual? _____ () Outra. Qual? _____ Valor R\$: _____

() Desempregado desde ___/___/___

Outras formas de renda:

() Mesada (família). Valor R\$ _____ () Benefícios Sociais. Qual? _____

() Pensão Alimentícia. Valor R\$ _____ () Outra. Qual? _____ Valor R\$: _____

V – DADOS DA FAMÍLIA:**Endereço Residencial da família:**

Rua: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____-_____

Situação da Moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Financiada

Situação Patrimonial:				Descrição
Casa e/ou Apartamento	() 1	() 2	() 3 ou +	
Terreno Urbano	() 1	() 2	() 3 ou +	
Imóvel Rural	() 1	() 2	() 3 ou +	
Automóvel (modelo, ano)	() 1	() 2	() 3 ou +	
Motocicleta (modelo, ano)	() 1	() 2	() 3 ou +	
Outros (Aplicações financeiras, cotas de empresa, renda com imóvel, etc)				

Situação da Saúde da Família:

Tem alguma pessoa com deficiência, doença grave, crônica e/ou incapacitante?

() Sim Quem? _____ Qual? _____

() Não

Utiliza medicação contínua? () Sim Qual? _____ () Não

Em caso afirmativo, quais os meios de acesso a este medicamento?

() Compra. Valor estimado R\$ _____ () SUS () Doações. Quem? _____

VI – GASTOS:

O aluno deve preencher com os gastos que considerar relevantes em seu cotidiano:

Descrição do gasto	Valor	Periodicidade

VII – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, aluno(a) da Universidade Federal do Pampa – Unipampa, **declaro** a veracidade das informações contidas neste formulário e ciência da responsabilidade sobre a legitimidade dos documentos apresentados para a comprovação dos mesmos. Estou ciente que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes ocasionarão a anulação do(s) benefício(s) que eu venha a receber pelo Programa Bolsas de Permanência, sem prejuízo das demais medidas cabíveis, conforme prevê o Artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____, ____ / ____ / 2014.

Assinatura do(a) Aluno(a)