

I. Informações da bolsa:						
<input type="checkbox"/> Bolsa Socioeconômica		<input type="checkbox"/> Bolsa Socioeconômica Autodeclarados		<input type="checkbox"/> BIE Bolsa Incentivo Educacional		
<input type="checkbox"/> Renovação			<input type="checkbox"/> Concessão			
II. Identificação e endereço do(a) candidato (a):						
Nome				RG		
Estado Civil		CPF		Nº de matrícula	Data de Nascimento	
Endereço			Bairro		Cidade	
Telefone ()		Celular ()		E-mail		
Esta residência é: <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> doada ou herdada <input type="checkbox"/> Em área verde <input type="checkbox"/> Outro tipo _____						
III. Informações sobre a renda do (a) mantenedor (a) da família:						
<input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Ajuda de familiares <input type="checkbox"/> Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Empregário <input type="checkbox"/> Produtor Rural						
<input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Auxílio doença <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia <input type="checkbox"/> Trabalho Formal <input type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Outros: _____						
Instituição: _____						
IV. Endereço da família:						
Endereço				Nº	Compl.	
Bairro		Cidade			Estado	
Telefone(s)						
Esta residência é: <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> doada ou herdada <input type="checkbox"/> Em área verde <input type="checkbox"/> Outro tipo _____						
Nome do Proprietário:				CPF		
V. Outras informações:						
Há despesas com doença crônica no grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Despesas relacionadas ao tratamento de doenças:		
Qual doença? _____ CID: _____				R\$: _____		
Há pessoas com deficiência no grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Despesas relacionadas aos portadores de deficiência:		
Qual? _____				R\$: _____		
O(a) candidato (a) ou alguém do grupo familiar possui Cadastro Único (CadÚnico)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Número: _____		
O(a) candidato (a) ou alguém do grupo familiar é beneficiário (a) de algum Programa Social do Governo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Programa: _____		
VI. Identificação do GRUPO FAMILIAR e da COMPOSIÇÃO DA RENDA – iniciar a lista com os dados do(a) CANDIDATO (A)						
Liste TODOS os componentes do grupo familiar que residem com você na mesma moradia, se você tem até 24 anos de idade ou não seja o responsável financeiro e nem possua renda própria. Obs.: declarar, inclusive, renda de aluguel de imóveis, pensões alimentícias, juros de investimentos e/ou poupança, entre outras operações financeiras.						
NOME		IDADE	CPF	Orig. Renda (legenda A)	Tipo de ocupação (legenda B)	Parentesco/vínculo (legenda C)
1.						O CANDIDATO
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
LEGENDA						
A – Origem da Renda – Conforme comprovante de rendimento que será anexado – Item I letra e						
B – Tipo de Ocupação – exemplos: professor, pintor, do lar, diarista, estudante, vendedor, etc.						
C – Parentesco/ vínculo – exemplos: pai, irmão, tio, cônjuge, avô, companheiro, filho, enteado, sob tutela, etc.						
VII. Declaração de renda GRUPO FAMILIAR						
Liste TODOS os rendimentos brutos de cada membro da família (conforme identificação no item III) e anexe documentação comprobatória.						
Grupo familiar					Salário Bruto	
1.					R\$	

2.	R\$
3.	R\$
4.	R\$
5.	R\$
TOTAL DE RENDIMENTOS BRUTOS MENSAIS	R\$

VIII. Outros indicadores

1. Utilize o campo abaixo para registrar a motivação de sua solicitação e também informar acerca da condição financeira e de vida de seu grupo familiar, ou ainda quaisquer informações que julgar relevantes para a melhor compreensão de eventuais especificidades do seu caso – como, por exemplo, se há pessoa portadora de deficiência ou doença crônica no grupo familiar.

DECLARO que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e **ESTOU CIENTE** de que:

1. Durante o processo de análise da documentação, **outros documentos complementares poderão ser solicitados.**
2. A fim de confirmar informações declaradas, **a FMP poderá consultar quaisquer sistemas de informações e meios de comunicação de acesso público, bem como realizar entrevistas com o candidato e seu grupo familiar;**
3. Esta avaliação objetiva definir o perfil socioeconômico do(a) candidato(a) e seu grupo familiar para fins de concessão de benefícios oferecidos pela FMP;
4. Perderá a vaga o(a) candidato(a) que não comprovar a condição de renda declarada, que não entregar a documentação mínima exigida no prazo ou que não entregar os documentos complementares que possam vir a ser solicitados durante o processo de análise;
5. A constatação de fraudes, omissões ou falsidade das informações declaradas, estão sujeitos a implicações legais, em especial as sanções do código penal.

Porto Alegre, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do(a) candidato(a)
(conforme o documento de identificação apresentado)