INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL E BENEFICENTE ASSEMBLÉIA DE DEUS - IEBAD
CNPJ: 92.931.096/0001/20

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO
PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS - 2026

OBSERVAÇÕES - ATENÇÃO:
1. Preencher integralmente e sem rasuras este Formulário;
2. Observar os prazos de entrega deste formulário, disponibilizado no Edital pela instituição;
3. Documentação incompleta e/ou entregue fora do prazo desclassificarão automaticamente o candidato.

I. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo do(a) estudante:

Código de identificação do(a) estudante no CENSO: **(Preenchido pelo IEGN)**

EDUCAÇÃO BÁSICA

Curso: **(Marque a opção desejada para o ano letivo de 2026)**

◯ Ensino Fundamental Anos Iniciais Ano solicitado: ◯ 1º ◯ 2º ◯ 3º ◯ 4º ◯ 5º

◯ Ensino Fundamental Anos Finais Ano solicitado: ◯ 6º ◯ 7º ◯ 8º ◯ 9º

◯ Ensino Médio Série solicitada: ◯ 1ª ◯ 3ª

Data de Nascimento: / /	Cidade de Nascimento:		UF:
Sexo: ◯ M ◯ F	Nacionalidade:		
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Fone:	e-mail:		
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF:	
Estado civil:	CTPS:	Profissão:	
Local de trabalho:		Fone comercial:	
Remuneração Bruta:	Mês/Ano:	Outra(s) Renda(s):	

Instituição de Ensino de origem: ◯ Escola Particular ◯ Escola Pública

II. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS/TUTORES

Nome:		Grau de parentesco:
Endereço:		Bairro:
CEP:	Cidade:	UF:
Fone:	e-mail:	
Data de Nascimento: / /	CPF:	
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Estado civil:	CTPS:	Profissão:
Local de trabalho:		Fone comercial:
Remuneração Bruta:	Mês/Ano:	Outra(s) Renda(s):

Nome (**cônjuge**):		Grau de parentesco:
Endereço:		Bairro:
CEP:	Cidade:	UF:
Fone:	e-mail:	
Data de Nascimento: / /	CPF:	
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Estado civil:	CTPS:	Profissão:
Local de trabalho:		Fone comercial:
Remuneração Bruta:	Mês/Ano:	Outra(s) Renda(s):

III. DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (Pessoa que responde pelas despesas educacionais do candidato)

Vínculo com o(a) candidato(a): ◯ Pai ◯ Mãe ◯ Responsável/Tutor(a) ◯ Outro, Especificar:

Observação: Preencher integralmente as informações a seguir do RESPOSNÁVEL FINANCEIRO identificado acima, caso forem divergentes dos responsáveis legais/tutores, identificados no ITEM II.

Nome:		
Endereço:		Bairro:
CEP:	Cidade:	UF:
Fone:	e-mail:	
Data de Nascimento: / /	CPF:	
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Estado civil:	CTPS:	Profissão:
Local de trabalho:		Fone comercial:
Remuneração Bruta:	Mês/Ano:	Outra(s) Renda(s):

IV. DESCRIÇÃO FAMILIAR (listar TODAS as pessoas que residem na mesma moradia que o(a) candidato(a)

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	SALÁRIO BRUTO
1.	Candidato(a)					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
					Renda Familiar Bruta:	

V. CASOS ESPECIAIS

No grupo familiar, há caso de pessoa com deficiência e/ou com necessidades específicas? Qual o impedimento clínico (físico/intelectual/sensorial)?

_____

A família é beneficiada por Programa de Transferência de renda do Governo Federal/Estadual/Municipal?

◯ Não ◯ Sim, Cite o Programa e o Valor Recebido (R$) _____

VI. DADOS ECONÔMICOS

Residência: ◯ Própria ◯ Financiada ◯ Alugada ◯ Outros, Especificar: _____

Se financiada/locada, qual o valor da prestação/aluguel do imóvel: R$ _____

Quanto tempo mora no local: R$ _____

Possui veículo: ◯ Sim ◯ Não

Renda Familiar Bruta: R$ _____

Número total de pessoas que residem na mesma moradia que o(a) estudante: _____

RENDA PER CAPITA (renda bruta dividida pelo número de dependentes): R$ _____

JÁ TINHA BOLSA DE ESTUDO NO ANO ANTERIOR?

◯ Não ◯ Sim, de 100% ◯ Sim, de 50% ◯ Sim, de ..... %

VII. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAM NECESSÁRIAS

_____

_____

_____

_____

Informe:

Declaro, sob as penas da lei (artigo 299 do código Penal), que as informações aqui descritas são verdadeiras, que todos os documentos anexados são verídicos.

Declaro conhecer o Regimento da Entidade e me comprometo a dar cumprimento ao mesmo. Autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social a qualquer tempo com a finalidade de verificar as informações prestadas.

Nome: CPF:

Esteio/RS, _____ de _____ de 20___.

_____

Assinatura do(a) Requerente

VIII. PARECER (Esta parte será preenchida pela IEBAD)

RF Per Capita: R$ _____ Ref. $1^{1}/_{2}^{sm}$ R$ _____ Ref. 3^{sm} R$ _____

SITUAÇÃO: ( ) Deferido ( ) Indeferido

Valor percentual de gratuidade concedida: _____ %

PARECER FINAL DA COMISSÃO

Esteio/RS, _____ de _____ de 20___.