

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

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO

PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS - 2027

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(a) candidato(a).

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 2027)

- ☐ 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 ☐ 2ª

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 RESPONSÁVEL 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: _____

RENDIA 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 2026.

Assinatura do(a) Requerente

.....
VIII. PARECER (Esta parte será preenchida pela IEBAD)

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

SITUAÇÃO: () Deferido () Indeferido

Valor percentual de gratuidade concedida: _____ %

PARECER FINAL DA COMISSÃO

Esteio/RS, ____ de ____ de 2026.