



ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO

Servidor(a): _____
Local de Trabalho: _____ Função: _____
Curso: _____ Período _____
Instituição de Ensino _____
Telefone Fixo e/ou celular: _____
E-mail: _____

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Este quadro deve constar todas as pessoas que moram com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

Nome Completo:	Parentesco	Idade	Profissão	Estado Civil	Renda Bruta
Renda Total Familiar:					

RENDA AGREGADA

() Pensão Alimentícia R\$ _____	() Ajuda de Familiares R\$ _____	() Trabalho Informal R\$ _____	() Aluguel Recebido R\$ _____
Total: (Renda Familiar + Renda Agregada =) R\$ _____			



IMÓVEL OU MORADIA			
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cedido Proprietário e Parentesco	<input type="checkbox"/> Financiado
	Valor Aluguel		Valor da Prestação
	R\$ _____	_____	R\$ _____

PESSOAS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR QUE CURSAM INSTITUIÇÃO DE ENSINO PAGA		
NOME:	ESCOLA/FACULDADE	VALOR DA PARCELA R\$

PESSOAS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR QUE CURSAM INSTITUIÇÃO DE ENSINO GRATUITA		
NOME:	ESCOLA/FACULDADE	VALOR DA PARCELA R\$

CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Há alguém na família que está em tratamento médico?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Faz uso de medicamento contínuo	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Qual o valor gasto com o tratamento contínuo	R\$ _____



DOENÇAS CRÔNICAS	
Há caso de doença crônica na família?	() sim () não
Se marcou sim, especifique abaixo o tipo de doença: pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas, (epilepsia), cardíacas, outras.	
Nome:	Tipo de Deficiência:

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	
Há pessoas com deficiência na família?	() sim () não
Se marcou sim, especifique abaixo o tipo de deficiência Física, mental, sensorial, (auditiva, visual), múltipla.	
Nome:	Tipo de Deficiência:

OBSERVAÇÕES DO CANDIDATO (caso haja necessidade de alguma consideração):
