

**FORMULÁRIO DE BOLSA DE ESTUDO 2020
EDITAL 03/2020 – EDUCAÇÃO BÁSICA**
DADOS DO(A) ALUNO(A):

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: | | | | | | | |
| Ano pretendido: | 1º ano do Ensino Médio | | | | Turno: | vespertino | |
| Data Nasc.: | / / | | Gênero: | [] Masculino | | [] Feminino | |
| Endereço: | Rua: | | | Nº: | Apart.: | | |
| Próximo de: | | | | | Bairro: | | |
| Cidade: | UF: | CEP: | | Telefones do(s) responsável(is): | | | |
| E-mail do responsável: | | | | Res.: [] _____ | | | |
| | | | | Cel.: [] _____ | | | |
| | | | | Com.: [] _____ | | | |
| Aluno com deficiência? [] SIM [] NÃO | Se a resposta for SIM, qual é a deficiência? | | | | | | O(A) candidato(a) tem irmão(ã) que estuda Colégio Bonja? () não () sim Nome: |
| | [] Deficiência física | | [] Deficiência múltipla | | | | |
| | [] Deficiência mental | | [] Deficiência visual (menos de 30%, com a melhor correção) | | | | |
| [] Deficiência auditiva | | | | | | | |

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Iniciar o preenchimento do quadro com os dados do(a) aluno(a). Neste campo deverá constar o nome de **TODAS** as pessoas que moram na mesma residência do(a) aluno(a), inclusive crianças.)

| Nome | CPF | Idade | Parentesco | Exerce Atividade Remunerada? | | Profissão/Ocupação | Renda Bruta R\$ |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------|------------------------------|-----|---------------------------------------|-----------------|
| | | | | Sim | Não | | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| Caso o grupo familiar seja maior, favor informar no verso desta folha. | | | | | | Total da renda bruta familiar: | |

| Outras Rendas – em R\$ | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A- Pensão Alimentícia (a receber) | R\$ |
| B - Rendas de Aluguel (a receber) | R\$ |
| C - Programas Sociais de Transferência de Renda do Governo Federal (Bolsa Família/BPC) | R\$ |
| D - Seguro desemprego | R\$ |
| E - Aposentadoria | R\$ |
| F - Pensão por morte | |
| G - Auxílio doença, auxílio reclusão, auxílio acidente e salário maternidade | R\$ |
| H - Auxílio Financeiro | R\$ |
| Total de outras rendas: | |

| DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FÍSICA (IRPF) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Algun membro do grupo familiar declarou imposto de renda da pessoa física em 2020? [] sim [] não |

QUADRO DE DESPESAS

| Despesas Familiares – em R\$ | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------|-----|
| 1. Moradia | | | |
| [] Próprio. Quantos imóveis possui? [] Um [] Dois [] Três ou mais | | [] Financiado. Qual o valor da prestação? R\$ | |
| [] Alugado. Qual o valor do aluguel? R\$ | | [] Cedido. | |
| 2. Despesas Mensais Básicas: | | | |
| A - Água, Luz, Telefone fixo, Internet. | R\$ | E - IPTU e Taxa de lixo (parcelamento) | R\$ |
| B - Alimentação | R\$ | F - Plano Saúde | R\$ |
| C - Pensão Alimentícia (a pagar) | R\$ | G - Transporte Escolar | R\$ |
| D - Condomínio | R\$ | H - Cursos | R\$ |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Há algum membro do grupo familiar estudando em outra Instituição de Ensino particular? [] Não [] Sim [] Pagante [] Bolsista integral [] Bolsista parcial | Nome: | Valor da Parcela R\$ | |
| | Escola: | | |
| | Nome: | Valor da Parcela R\$ | |
| | Escola: | | |
| Há algum membro do grupo familiar que faz tratamento de doença crônica* e faz uso contínuo de medicamentos? [] Não [] Sim | Nome: | Despesa Mensal R\$ | |
| | Tipo da doença: | | |
| Há algum membro do grupo familiar com deficiência**? [] Não [] Sim | Nome: | Despesa Mensal R\$ | |
| | Tipo da deficiência: | | |
| Possui veículo? [] Não [] Sim | Quantidade? | Especificar marca, modelo e ano: | Veículo quitado? [] Não [] Sim |
| Algum membro do grupo familiar possui Pessoa Jurídica (Empresa ou MEI) registrada em seu nome? [] Não [] Sim [] Ativa [] Ativa sem movimentação [] Inativa/baixada | | | Se sim, incluir o CNPJ: |
| Possui Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico)? [] Não [] Sim | | | |

*Doença crônica: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas (epilepsia), cardíacas, outras.

**Tipos de deficiência: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla – (conforme Decreto 3.298/99).

POR QUE A FAMÍLIA PRECISA DE BOLSA DE ESTUDO? (OBRIGATÓRIO - Se necessário favor anexar carta)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Observação: o processo para concessão da bolsa social de estudo somente será analisado se houver o preenchimento de **TODOS** os campos do presente formulário, bem como a apresentação dos documentos solicitados no Edital 03/2020. As informações são para o uso exclusivo do fim proposto neste formulário e, sendo contemplado o pedido, serão enviadas aos órgãos federais de fiscalização tributária. Cabe ressaltar que declaração falsa é considerada crime conforme o Código Penal, em seu artigo 299: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigações ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena-reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, se o documento é particular".

Ao assinar o presente formulário, declaro estar ciente das informações supracitadas, assim como de todas as informações constantes no Edital 03/2020.

Joinville, ____ de _____ de _____.

Nome do(a) responsável legal:

Assinatura do(a) responsável legal

CPF do responsável: