

**SOCIEDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

CNPJ: 45.707.205/0001-40

A solicitação e documentos (onde o aluno detalha sua situação sócio-financeira e, em anexo, junta documentação comprobatória – rendimentos e despesas de seu núcleo familiar) devem ser entregues em envelope fechado, à Secretaria da Faculdade, até a data estipulada endereçado à “Sociedade de Serviço Social – Bolsa de Estudo”. Identificar do lado externo o nome do remetente e o nº de seu registro acadêmico.

**Formulário de solicitação de Bolsa de Estudo** FAPSS-S.C.S. FAPSS-SP.

Identificação	
Aluno(a): _____	
Nº de RA: _____	Semestre/Ano: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____	Estado Civil: _____
CPF nº: _____	e-mail: _____
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	Cep: _____ Telefone: _____
Informar percentual de bolsa ano anterior: _____	
Atualmente usufrui outra bolsa: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N - Se sim qual: _____	

Quadro de Composição Familiar						
Colocar primeiro o nome do candidato(a).						
Este quadro deve constar todas as pessoas que moram com o(a) candidato(a), inclusive crianças.						
Nome Completo	Parentesco	Idade	Profissão Atividade	Estado Civil	Escolaridad e	Renda Bruta (R\$)
<b>Total da Renda Familiar: R\$ _____</b>						

Renda Agregada			
<input type="checkbox"/> Pensão Alimentícia	<input type="checkbox"/> Ajuda de Familiares	<input type="checkbox"/> Trabalho Informal	<input type="checkbox"/> Aluguel Recibo
Total da Renda Familiar Agregada: _____			

**SOCIEDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

CNPJ: 45.707.205/0001-40

Imóvel ou Moradia			
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Financiado
	Valor do Aluguel: R\$ _____	Proprietário e parentesco com: _____	Valor da Prestação: R\$ _____

Veículo			
Marca/Modelo	Ano de Fabricação	Comercial ou passeio	Valor

Condições de Saúde	
O candidato(a) ou alguém na família que está em tratamento médico? _____	
Faz uso contínuo de medicamentos? _____ Qual?	

Doenças Crônicas	
Doenças pulmonares, renais, câncer, sangüíneas, AIDS, neurológicas, epilepsia, cardíacas, outras. Há caso de doença crônica na família? _____	
Nome	Tipo de Doença

Despesas Mensais Básicas			
Despesas	Valor: R\$	Despesas	Valor: R\$
Água		Transporte Escolar	
Luz		Plano de Saúde	
Telefone		Mensalidade Escolar (toda a família)	
Alimentação		Despesas com Saúde	
Aluguel ou prestação da casa própria		Outro tipo de financiamento	
Condomínio			
IPTU			
<b>Sub-Total</b>	<b>R\$</b>	<b>Sub-Total</b>	<b>R\$</b>
<b>Soma Total: R\$</b> _____			

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me ainda ciente de que a falsidade ou a divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício, caso tenha sido concedido. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do Edital de Bolsas de Estudo.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato