



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

ANEXO VIII

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA RESERVAS DE VAGAS - RENDA INFERIOR

(Preenchimento de forma eletrônica no link que será disponibilizado)

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo da/o candidata/o:

CPF nº: _____, RG nº _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Celular: (____) _____ É
whats? ()

Telefone fixo: (____) _____ Telefone para recados: (____) _____

E-mail (em letra de imprensa):

Rua

: _____ Nº _____ Co

mplemento: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

2 – SE CANDIDATA/O MENOR DE 18 (DEZOITO) ANOS:

Nome completo da/o primeira/o responsável pela/o candidata/o: _____

Celular: (____) _____

Nome completo da/o segunda/o responsável pela/o candidata/o:

Celular: (____) _____

3 - SOBRE O INGRESSO NO CAMPUS DO IFRS:

Enem

Nome do Curso _____

Ano do ingresso: _____

Vaga concorrida: _____

1º semestre

2º semestre

Turno:

manhã

tarde

noite

4 - DE ACORDO COM A COR DA PELE, VOCÊ SE CONSIDERA:

Amarela(o) – origem asiática

Negra(o) - (Preta(o) / Parda(o))

Branca(o)

Outra, qual? _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

Indígena - Se membro de comunidade Indígena preencha os campos a seguir:

Pertenço ao Povo Indígena (identificar a Etnia): _____.

Especifique qual o nome da Terra Indígena, ou Acampamento:

_____ situado no Município de _____, no estado _____

5 – POSSUI FORMAÇÃO ANTERIOR?

Sim – Curso Técnico – qual: _____

Sim – Curso Superior – qual: _____

Não tenho formação anterior

6 - QUAL A SUA SITUAÇÃO DE MORADIA? (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO)

Alugada

Cedida – por quem? _____

Financiada

Na rua

Própria

República

Residência Estudantil do IFRS

Comunidade Indígena

Comunidade Quilombola

Comunidade Cigana

Outra, qual? _____

7 – SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA EM:

área verde

ocupação irregular

área regularizada

8 – EM QUAL ZONA SUA RESIDÊNCIA SE LOCALIZA:

rural

urbana

9 - VOCÊ OU ALGUÉM DE SEU GRUPO FAMILIAR TEM (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO):

Doença crônica – Indique a pessoa da família:

() Diabetes - _____

() Hipertensão - _____

() Hepatite - _____

() Cardiopatia - _____

() Reumatismo - _____

() Outra – qual? _____

• *Recebe benefício previdenciário:* Não Sim – Valor R\$ _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

 Dependência química – Indique a pessoa da família:

- () Álcool - _____
() Outras drogas – qual? _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

 Sofrimento psíquico grave (diagnóstico de doença mental) – Indique a pessoa da família:

- () Depressão - _____
() Esquizofrenia - _____
() Bipolaridade - _____
() Outro - qual? _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

 Deficiência – Indique a pessoa da família:

- () Física – qual? _____
() Mental – qual? _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

 Síndrome – Indique a pessoa da família: _____
Qual? _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

 Outra situação de saúde – Indique a pessoa da família: _____
Qual? _____

Recebe benefício previdenciário: Não Sim – Valor R\$ _____

10 - CONTEXTO EDUCACIONAL DA/O CANDIDATA/O E GRUPO FAMILIAR (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO, SE NECESSÁRIO):

- Candidata/o frequentou Escola Privada - Ensino fundamental Ensino Médio com bolsa de estudos
- Candidata/o frequentou somente Escola Pública.
- Candidata/o frequentou curso fundamental ou médio na modalidade EJA Privado (pago) Público (gratuito)
- Pessoa(s) do grupo familiar cursa(m) graduação com financiamento atualmente (Fies, outros...)
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 14 anos é/são analfabeta/o(s).
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 18 anos com ensino fundamental incompleto.
- Pessoa(s) do grupo familiar maior(es) de 18 anos com ensino fundamental completo ou médio incompleto.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

- Pessoa(s) do grupo familiar entre 4 e 17 anos fora da Escola.

11 - SOBRE O TERRITÓRIO ONDE VOCÊ E SUA FAMÍLIA MORAM, VOCÊ AVALIA COMO (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO SE NECESSÁRIO):

- Território com alto índice de violência e/ou vulnerabilidade
 Território com serviços públicos de Educação precários
 Território com serviços públicos de Saúde precários
 Território com serviços e espaços para cultura e lazer precários
 Território com serviços de transporte público precário
 Território com infraestrutura e serviços públicos de saneamento básico e pavimentação das vias públicas precários
 Sem presença das situações acima

12 - TRANSPORTE – QUAIS SEUS PRINCIPAIS MEIOS DE LOCOMOÇÃO?

- A pé – quantas quadras? _____
 Bicicleta
 Carona gratuita
 Carona paga
 Carro ou moto própria
 Transporte gratuito fornecido pela prefeitura
 Transporte coletivo (dois ou mais ônibus)
 Transporte coletivo (um ônibus)
 Transporte por empresa privada como única opção de locomoção
 Transporte por empresa privada por escolha
 Outro, qual: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

13 - SITUAÇÕES DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS E DISCRIMINAÇÕES

Você ou suas/seus familiares já vivenciaram estas situações?	SIM	NÃO
Intempéris nos últimos 12 meses		
Bullyng		
Discriminações de gênero		
Discriminação raça/etnia		
Discriminação orientação sexual		
Discriminação de religião		
Discriminação de Idade		
Violação de direitos		
Violência doméstica		

14- RECEBIMENTO DE SUBSÍDIO FINANCEIRO E MATERIAL

Particular	
() Recebo/recebemos auxílio de terceiros (familiares, amigos ou outros) Nome da pessoa que auxilia: _____	Valor:
() Não recebo/recebemos auxílio financeiro de terceiros	
Público (Acesso a Programas e Serviços)	
Cadastro Único (CAD ÚNICO) – Nº _____	Pertencente a quem:
Bolsa Família	Valor:
Benefício de prestação Continuada (BPC)	Valor:
Acompanhamento pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Qual:
Acompanhamento pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	Qual:
Programa agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano	Valor:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

16 - RENDA FAMILIAR

- Descreva na tabela abaixo o nome de cada pessoa do grupo familiar, inclusive você.
- Use uma linha para cada pessoa do grupo familiar, inclusive crianças.
- Indique o parentesco que cada pessoa do grupo familiar tem com você, assim como a idade, a escolaridade, a ocupação, e a renda bruta mensal de cada uma.

Primeiro nome de cada pessoa do grupo familiar	Parentesco com candidata/o	Idade	Até que série/ano estudou?	Exerce ocupação remunerada?	Qual a ocupação, mesmo que não seja remunerada? (Ex: procurando emprego/ secretária/ do lar/ estudante)	Renda bruta mensal
1	CANDIDATA/O			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
2				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
3				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
4				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
5				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
6				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
7				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$
8				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		R\$

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e expressam a realidade socioeconômica do meu grupo familiar neste momento. Estou ciente de que poderão ser esclarecidas por VISITA DOMICILIAR e/ou ENTREVISTA, assim como, poderão ser solicitados documentos complementares para a conclusão da avaliação socioeconômica. Informo que estou ciente de que a prestação de informação falsa provocará o cancelamento de vaga ou o indeferimento (negação) da solicitação e/ou o suspensão/cancelamento do auxílio solicitado.

DATA: ___/___/_____

Assinatura da/o candidata/o: _____

Assinatura da/o responsável legal pela/a declarante se esta/e for menor de 18 (dezoito) anos