



# FACULDADE PAULISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fundada em 2017

## QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO

### ATENÇÃO:

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário é necessária e indispensável para sua participação no processo de Bolsa Social.

Todas as questões visam à coleta de informações para participação no processo seletivo do programa de Bolsa Social. Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta!

Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais!

### DADOS PESSOAIS

Nome:				CPF:			
RG:			Órgão Expedidor:			UF:	
Curso:				Nº. de matrícula:			
Endereço:							
Contato Fone Fixo:	( )			Celular:	( )		
E-mail:							
Seu sexo:	Masculino [ ]		Feminino [ ]		Data de nascimento:		
Cor/etnia:	[ ] Branco(a).	[ ] Pardo(a)	[ ] Negro(a).	[ ] Amarelo(a).	[ ] Indígena		
Qual seu estado civil?							
[ ] Solteiro(a).							
[ ] Casado(a).							
[ ] Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).							
[ ] Viúvo(a).							
[ ] União estável							



## DADOS SOCIOECONÔMICOS

### Onde você nasceu?

Cidade de outro Estado/País, qual?

### Onde e como você mora atualmente?

Em casa ou apartamento, com sua família.

Em casa ou apartamento, sozinho(a).

Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a).

Em casa de outros familiares

Em casa de amigos

Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república, etc.

Em casa/apto, mantidos pela família para moradia do estudante

Outra situação, qual?

### Quem mora com você?

Moro sozinho(a)

Pai     Mãe

Esposa / marido / companheiro(a)

Filhos

Irmãos

Outros parentes

Amigos ou colegas

### Quantas pessoas moram em sua casa? (incluindo você)

Duas pessoas.  
pessoas.

Três pessoas.

Quatro pessoas.

Cinco

Seis pessoas.

Mais de 6 pessoas.

Moro sozinho.



## Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à Faculdade?

- A pé/carona/bicicleta.                       Transporte coletivo.  
 Transporte escolar.                               Transporte próprio(carro/moto).

## Qual é a sua participação na vida econômica de sua família?

- Você não trabalha e seus gastos são custeados.  
 Você trabalha e é independente financeiramente.  
 Você trabalha, mas não é independente financeiramente.  
 Você trabalha e é responsável pelo sustento da família.

## Você desenvolva alguma atividade remunerada?                      Sim.                      Não.

- Qual o vínculo?     Estágio.                       Emprego fixo particular.                       Emprego autônomo.  
 Emprego fixo federal/estadual/municipal.

## Qual sua renda mensal individual?

- Nenhuma.  
 Até 03 salários mínimos (até R\$ 3.636,00).  
 de 03 até 05 salários mínimos (de R\$ 3.636,00 até R\$ 6.060,00).  
 de 05 até 08 salários mínimos (de R\$ 6.060,00 até R\$ 9.696,00).  
 Superior a 08 salários mínimos (superior a R\$ 9.696,00).  
 Benefício social governamental , qual? \_\_\_\_\_ valor atual:  
\_\_\_\_\_

## Onde você frequentou o Ensino Fundamental?

- Todo em escola pública.     Todo em escola particular com bolsa.  
 Maior parte em escola particular.                                       Maior parte em escola pública.  
 Maior parte em escola particular com bolsa.                       Todo em escola particular.



# FACULDADE PAULISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fundada em 2017

## Onde você frequentou o Ensino Médio?

- Todo em escola pública.  Todo em escola particular com bolsa.  
 Maior parte em escola particular.  Maior parte em escola pública  
 Maior parte em escola particular com bolsa.  Todo em escola particular.

## Você frequentou curso pré-vestibular?

Sim.  Não.

Em caso afirmativo:  Particular.  Particular com bolsa parcial.  Particular com bolsa integral.  
 Público.



## INFORMAÇÕES FAMILIARES

Você tem pais ou cônjuge/companheiro (a) falecidos?  Não  Sim. Quem?

A situação conjugal de seus pais é:  Vivem juntos.  Separados.

Você tem filhos?  Não.  Sim. Quantos?

Você PAGA pensão alimentícia p/ filhos e/ou ex-cônjuge?  Não.  Sim. Valor: R\$

Você RECEBE pensão alimentícia para seus filhos?  Não.  Sim. Valor: R\$

Composição Familiar (inclusive você)

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Estado Civil	Grau de Instrução	Profissão	Salário	Empregador *
	Solicitante						

\*Público/Privado/Autônomo.

Quem é a pessoa que mais contribui na renda familiar?

Você mesmo.  Cônjuge /Companheiro(a).  Pai.  Mãe.

Outra pessoa. Qual?

Qual a renda mensal de sua família? (considere a renda de todos os integrantes da família, inclusive você)

Até 02 salários mínimos.  de 02 até 04 salários mínimos.  Superior a 05 salários mínimos.



# FACULDADE PAULISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fundada em 2017

**Quantidade de pessoas que vivem da renda mensal familiar (incluindo você)**

Uma.     Duas.     Três.     Quatro.     Cinco ou mais.

**Existe em seu grupo familiar membro portador de doença física ou mental que necessite acompanhamento terapêutico sistemático (comprovada por atestado médico)?**

Não.     Sim. Parentesco: \_\_\_\_\_ Qual doença?

\_\_\_\_\_

**A casa em que sua família reside é:**

Emprestada ou cedida.

Própria em pagamento. (valor da prestação: R\$ \_\_\_\_\_)

Alugada:                    (valor do aluguel: R\$ \_\_\_\_\_)

Própria já quitada.

**Quais dos itens abaixo há em sua casa?**

		Quantidade
<input type="checkbox"/>	TV	
<input type="checkbox"/>	DVD	
<input type="checkbox"/>	Rádio	
<input type="checkbox"/>	Microcomputador	
<input type="checkbox"/>	Automóvel	
<input type="checkbox"/>	Máquina de lavar roupa	
<input type="checkbox"/>	Geladeira	
<input type="checkbox"/>	Telefone fixo	
<input type="checkbox"/>	Telefone celular	
<input type="checkbox"/>	Acesso à Internet	
<input type="checkbox"/>	TV por assinatura	
<input type="checkbox"/>	Empregada mensalista	



# FACULDADE PAULISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fundada em 2017

**Você possui algum plano de assistência médica?**

Não.     Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**Qual o principal motivo para você estar solicitando a bolsa?**


**Você já participou de algum programa de bolsa?**

Não.

Sim. Qual? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Em qual programa ou instituição?

\_\_\_\_\_

**Use este espaço para alguma observação que julgue necessária:**




# FACULDADE PAULISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fundada em 2017


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

---

Assinatura do Solicitante.

---

“Gestão em Saúde e Educação”