



Associação de Entidades do Projeto Transformação

CNPJ: 12.861.453/0001-91

Rua Paissandu, 1868 - Centro - Passo Fundo

Programa Criança e Adolescente

Rua Havaí, 99 - Vila Popular
99010-560 - Passo Fundo - RS,
Fone: 99635-7286

www.transformacao.eco.br
coordenacao.ca@transformacao.eco.br

FICHA SOCIOECONÔMICA 2024

Srs. Pais e/ou Responsáveis:

Para participar do Programa criança e adolescente, deverão preencher a presente Ficha, sem rasuras e anexar aos documentos referidos no Edital publicado.

1. Dados de Identificação

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE _____.
CPF: _____ RG _____ NIS _____
ENDEREÇO: _____ CEP: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____
PONTO DE REFERÊNCIA: _____
TELEFONES: _____
TEM IRMÃOS NO PROGRAMA? _____
ESCOLA QUE ESTÁ MATRICULADO (A): _____
ANO: _____ TURNO NA ESCOLA: _____
TEM ALGUMA DOENÇA? _____ USA MEDICAÇÃO? _____ QUAL? _____
NOME DO RESPONSÁVEL: _____ NIS _____

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SOCIOECONÔMICA

Dados do grupo familiar (Dados das pessoas que compõem o grupo familiar, incluindo o candidato(a)).

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda bruta
				Tt:
				Outras rendas:
				Valor recebido de pensão judicial:
				Valor pago de pensão judicial:
Total de integrantes do grupo familiar:	Soma de todas as rendas brutas mensais da família: R\$			

3. Dados sociais



Associação de Entidades do Projeto Transformação

CNPJ: 12.861.453/0001-91

Rua Paissandu, 1868 - Centro - Passo Fundo

Programa Criança e Adolescente

Rua Havaí, 99 - Vila Popular

99010-560 - Passo Fundo - RS,

Fone: 99635-7286

www.transformacao.eco.br

coordenacao.ca@transformacao.eco.br

A família acessa algum tipo de benefício social (Bolsa Família, BPC, entre outros)? () Sim () Não
Descrever: _____

4. Situação habitacional

Casa: () Própria () Alugada () Cedida () Financiada

Observações: _____

5. Saúde

Convênio de saúde: () Não () Sim Qual: _____

Alguém faz uso de medicamentos contínuos? () Sim () Não

Quem? _____ Motivo: _____

6. Autorização

Autorizo o uso de imagens das atividades desenvolvidas no projeto Transformação e Arte e demais, tanto do adolescente como dos Familiares () Sim () Não.

7. Autorização

Autorizo a inclusão do meu número de telefone em grupo fechado de WhatsApp para uso exclusivo do Programa com a finalidade de comunicação com as famílias. Após a saída da criança ou adolescente do Projeto o número será excluído deste grupo. A família fica responsável por atualizar o número do telefone, caso haja troca () Sim () Não.

8. Observações

Os documentos solicitados ficarão anexados à ficha socioeconômica, a fim de comprovar a situação socioeconômica da família e ficarão retidos e arquivados no Programa.

9. Declaração

Declaro, para fins de direito, que as informações prestadas nesta folha retratam a realidade da minha situação socioeconômica.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) responsável familiar

Assinatura do(a) responsável pela entrevista



Associação de Entidades do Projeto Transformação

CNPJ: 12.861.453/0001-91

Rua Paissandu, 1868 - Centro - Passo Fundo

Programa Criança e Adolescente

Rua Havaí, 99 - Vila Popular

99010-560 - Passo Fundo - RS,

Fone: 99635-7286

www.transformacao.eco.br

coordenacao.ca@transformacao.eco.br

Preenchimento do Programa Crianças e Adolescentes

PARECER SOCIAL

Assinatura e carimbo do(a) Assistente Social

- () Deferido
() Indeferido
() Lista de espera

_____, ____ de _____ de 2023.