



## QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

**Prezado(a) Estudante:**

Este formulário é parte integrante do **PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE MORADIA – CASAS DE ESTUDANTES DA UNEB – 2024**. Você deve estar ciente desde já, que **TODAS** as informações declaradas são de sua **INTEIRA** responsabilidade e, portanto, a elas deverá responder a qualquer tempo a diligências da UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA.

### 1. DADOS DA INSCRIÇÃO

Número de Inscrição: (Comissão de seleção Departamental) \_\_\_\_\_

### 2. DADOS CADASTRAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: MAS ( ) FEM ( )                      É estrangeiro? SIM ( ) NÃO ( )

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Etnia: ( )branco; ( ) amarelo; ( ) negro; ( ) indígena):

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF Emissor: \_\_\_\_\_

PIS ou NIT: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_

Tel Fixo: ( ) \_\_\_\_\_ Tel Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Situação Habitacional: (apartamento; casa; outro-qual?) \_\_\_\_\_

Situação do Imóvel: (alugado; cedido/emprestado; financiado; herança; outro) \_\_\_\_\_

Você tem CONTA CORRENTE no BANCO DO BRASIL?

( ) Sim (Ag: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_)                      ( ) Não

(Atenção: Documentos exigidos para abertura de conta corrente universitária no BANCO DO BRASIL: RG, CPF, Comprovante de Residência, Comprovante de Matrícula)

Você tem filhos ou tutelados? Sim ( ) Quantos? 1 ( ) ; 2 ( ) ; 3 ( ) ; 4 ( ) ; 5 ou mais ( ) Não ( )

Você é deficiente? ( ) Sim Qual? ( Visual, Auditiva, Física, outros) \_\_\_\_\_ ( ) Não

Você é portador de doença grave ou crônica? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não



A distância entre a sua residência e o campus no qual estuda é:

( ) Menor que 100 km ( ) 100 km- 150 km ( ) 150 km- 200 km ( ) A partir de 200 Km

Você está inserido/ participa de Programas Sociais ou serviços sócio assistenciais?

Sim ( ) Qual? CAPS/CRAS/CREAS; Jovem Aprendiz; LOAS/BPC; PETI; Pró-Jovem; Combate à Seca; Outros:

\_\_\_\_\_ Não ( )

Você recebe o benefício Bolsa-Família em seu nome? ( ) Sim ( ) Não

### 3. DADOS ESCOLARES

Departamento de Educação Campus XII Curso: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Semestre que está cursando: \_\_\_\_\_ Previsão de Conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Já concluiu algum curso de graduação? Sim ( ) Não ( )

Ingressou na universidade através do sistema de cotas? Sim ( ) Qual: \_\_\_\_\_ Não ( )

Modalidade de ingresso: ( ) Vestibular ( ) SISU ( ) Transferência Externa ( ) Vagas Residuais ( ) Portador de Diploma

#### Onde concluiu o Ensino Fundamental?

Rede Pública ( )

Rede Particular com bolsa de estudos integral ou parcial ( ) Rede

particular sem bolsas de estudo ( )

#### Onde concluiu o Ensino Médio?

Rede Pública ( )

Rede Particular com bolsa de estudos integral ou parcial ( )

Rede particular sem bolsas de estudo ( )

Você já participa de algum Programa de Bolsa?

( ) Sim. Qual? PIBIC ( ) PIBID ( ) PIBIT ( ) PICIN ( ) FAPESB ( ) MAIS FUTURO ( ) ESTÁGIO ( ) ( )

NÃO

### 4. DADOS DO GRUPO FAMILIAR

Você reside com seu grupo familiar imediato (pai, mãe e irmãos)? ( ) Sim ( ) Não Caso

Não: Qual o endereço do seu grupo familiar?

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Situação Habitacional: ( ) apartamento ( ) casa

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Situação do Imóvel: ( ) próprio ( ) alugado – até 3 pessoas ( ) alugado – com mais de 3 pessoas/casa de parentes



Seu Grupo familiar reside no mesmo município onde você estuda? ( ) Sim ( ) Não

Alguém do seu grupo familiar imediato possui doença grave/crônica, conforme as doenças relacionadas pelo Ministério da Saúde, ( ) Sim ( ) Não.

Alguém do seu grupo familiar imediato possui algum tipo de deficiência? ( ) Não

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

**MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR:**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: Empregador: \_\_\_\_\_

Renda: R\$ \_\_\_\_\_ CADÚNICO: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_

Recebe o benefício Bolsa Família em seu nome: ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: Empregador: \_\_\_\_\_

Renda: R\$ \_\_\_\_\_ CADÚNICO: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_

Recebe o benefício Bolsa Família em seu nome: ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: Empregador: \_\_\_\_\_

Renda: R\$ \_\_\_\_\_ CADÚNICO: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_

Recebe o benefício Bolsa Família em seu nome: ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: Empregador: \_\_\_\_\_

Renda: R\$ \_\_\_\_\_ CADÚNICO: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_

Recebe o benefício Bolsa Família em seu nome: ( ) Sim ( ) Não

\* Obs. Você deve adicionar todos que morem com você e tem renda



## 5. DADOS SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E PEDAGÓGICOS:

(As informações deste ponto, **NÃO** são critérios para avaliação de candidatos (as))

Você vem apresentando dificuldade acadêmica para acompanhar o curso?

Não

Sim

Pode especificar? \_\_\_\_\_

Já foi diagnosticado (a) com alguma dificuldade de aprendizagem?

Não

Sim (Especifique: \_\_\_\_\_)

Já foi diagnosticado (a) com alguma dificuldade emocional, que necessitou de atendimento/acompanhamento psicológico?

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

No momento, gostaria de realizar um acompanhamento psicológico?

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Já foi diagnosticado (a) com alguma dificuldade que necessitou de atendimento psiquiátrico?

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA COMPLETA (SEM ABREVIACÕES)**

**RG:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_