

REQUERIMENTO DE GRATUIDADE EDUCACIONAL

Eu, responsável legal: _____, abaixo qualificado vem, por meio deste, solicitar que seja concedida gratuidade na parcela de Anuidade Escolar ao(s) estudantes(s) a seguir identificado(s), no ano de 2027.

1º _____ Ano a cursar em 2027 _____.
2º _____ Ano a cursar em 2027 _____.
3º _____ Ano a cursar em 2027 _____.

INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Nome:			
CPF:	RG:	Celular:	
Telefone:	e-mail:		
Cônjuge:			
CPF:	RG:	Celular:	
Telefone:	e-mail:		
Estado civil dos responsáveis:	Casados () Separados () Divorciados () Solteiros () União Estável () Viúvo ()		
Endereço residencial:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		CEP:	
Profissão do Responsável I:		Cargo:	
Empresa:		Fone:	Ramal:
Endereço comercial:			Nº:
Complemento:		Cidade:	
Cidade:		CEP:	
Profissão do Responsável II:		Cargo:	

Empresa:		Fone:	Ramal
Endereço comercial:			Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	CEP:

Preencher somente se o responsável financeiro não for o responsável legal pela criança:

Nome:			
CPF:		RG:	
Telefone:		Celular:	Grau Parentesco:
Estado civil:	Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () Outras ()		
Endereço residencial:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		CEP:	
Profissão:		Cargo:	
Empresa:		Fone:	Ramal
Endereço comercial:			Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	CEP:

1 COMPOSIÇÃO FAMILIAR (citar todas as pessoas que moram na mesma casa).

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda

Renda total familiar R\$ _____



2 OUTROS RENDIMENTOS DA FAMÍLIA:

Pró-labore/participações societárias: _____ R\$ _____

Receitas de aluguéis: _____ R\$ _____

Pensões (alimentícia): _____ R\$ _____

Aposentadoria ou pensão por morte: _____ R\$ _____

Participa do Programa Bolsa Família do Governo Federal: () Sim () Não R\$ _____

Total _____

3 BENS IMÓVEIS:

Família reside em imóvel:	Próprio() Alugado() Financiado() Cedido()
	Em caso de cedido, cite o nome do proprietário: _____
	Grau de Parentesco: _____
Tipo de imóvel	Casa () Casa em condomínio fechado() Apartamento() Propriedade rural()
	Número de cômodos da residência ()
	Valor atual do seu imóvel no mercado: R\$ _____

Possui outras propriedades:

Casa: () valor: R\$ _____

Sítio / fazenda () valor: R\$ _____

Apartamento () valor: R\$ _____

Barco () valor: R\$ _____

Terreno () valor: R\$ _____

Outras () valor: R\$ _____

4 QUANTIDADE DE VEÍCULOS OU MOTO QUE A FAMÍLIA POSSUI:

um () dois () três () ou mais ()

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____



Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

5 DESPESAS (Trazer cópias de todos comprovantes, caso não tenha serão desconsiderados os valores).

Aluguel ou financiamento do imóvel _____ R\$ _____

Condomínio: _____ R\$ _____

Água: _____ R\$ _____

Energia elétrica: _____ R\$ _____

TV a Cabo + Internet _____ R\$ _____

Telefone + Celular: _____ R\$ _____

IPTU: _____ R\$ _____

Financiamento de veículos: _____ R\$ _____

Transporte escolar: _____ R\$ _____

Clube: _____ R\$ _____

Academia: _____ R\$ _____

Plano de saúde: _____ R\$ _____

Empregada doméstica: _____ R\$ _____

Gastos com alimentação _____ R\$ _____

Cartão de Crédito: _____ R\$ _____

Medicamentos: _____ R\$ _____

Mensalidade escolar _____ R\$ _____

TOTAL

DAS R\$

DESPESAS _____

6 ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DO ALUNO:

Inglês: () valor: R\$ _____

Futebol: () valor: R\$ _____

Espanhol: () valor: R\$ _____

Natação: () valor: R\$ _____



Balé () valor: R\$ _____

Música: () valor: R\$ _____

Hipismo: () valor: R\$ _____

Gin. Olímpica: () valor: R\$ _____

Tênis: () valor: R\$ _____

Outros: _____ Valor: R\$ _____

7 DADOS SOCIAIS:

Recebe auxílio financeiro de familiares? () Sim () Não

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Qual o motivo da ajuda:

8 DOENÇA - Algum membro da família possui doença crônica ou algum problema relevante?
() Sim () Não

Deverá apresentar o laudo médico com o código do CID da doença e cópias dos comprovantes de despesas.

Nome / Grau de Parentesco	Doença	Qual Convênio ou SUS	Valor das Despesas

Outros tratamentos (Apresentar Cópias das Despesas)

Pedagogo: () valor: R\$ _____

Psicólogo: () valor: R\$ _____

Psicopedagogo: () valor: R\$ _____

Fisioterapia: () valor: R\$ _____

Fonoaudiólogo () valor: R\$ _____

Ortodontia: () valor: R\$ _____

Responsável Financeiro:



Declara ter conhecimento e aceita as condições para a concessão da gratuidade:

- A gratuidade será concedida se comprovada a real necessidade da família, mediante avaliação sócio econômica, visita domiciliar e entrevista pessoal;
- **Não serão analisados requerimentos incompletos;**
- Toda e qualquer gratuidade dada pela ESCOLA **constitui concessão filantrópica**, podendo ser alterada a qualquer momento ou suspensão, desde que comunicada com antecedência mínima de 30 dias;
- O responsável financeiro deve se comprometer a apresentar comprovantes das declarações contidas neste requerimento, bem como prestar as informações solicitadas pelo Serviço Social.

A gratuidade concedida vale para o ano em curso, não renovando automaticamente em nenhum caso.

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações por mim fornecidas neste formulário e na entrega dos documentos solicitados. Estou ciente das normas que regem a presente solicitação e se as informações prestadas, quando **INVERÍDICAS**, a **QUALQUER TEMPO** a ESCOLA poderá **CANCELAR A GRATUIDADE** concedida e exigir o **RESSARCIMENTO dos VALORES CONCEDIDOS**. O responsável pela falsa informação prestada estará sujeito às penalidades previstas em lei.

O Núcleo de Educação Integrada da Fundação Romi reserva-se o direito de determinar a realização de visita domiciliar, que fica desde já autorizada pelo (a) responsável.

Santa Bárbara d'Oeste, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável financeiro



PARECER DO SERVIÇO SOCIAL:

() DEFERIDO () INDEFERIDO Percentual _____%

Reavaliado / Cancelado em: _____

Motivo / Referente:

Assistente Social Responsável
Cássia Ribeiro da Costa Silva
CRESS: 35.968