



## Formulário de requerimento de renovação de Bolsa de Estudo 2º semestre de 2024

<b>Prezado(a) aluno(a)</b> , este requerimento somente será avaliado com todas as informações preenchidas. O espaço que não houver resposta deverá ser preenchido com um traço. O formulário deve ser acompanhado de todos os documentos solicitados em envelope lacrado, respeitando o prazo estabelecido. <b>ATENÇÃO: NA AUSÊNCIA DE UM OU MAIS DOCUMENTOS SOLICITADOS, O PEDIDO SERÁ, AUTOMATICAMENTE, INDEFERIDO.</b>	
<b>1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES</b>	
1.1 Nome: _____	
1.2 Data de nascimento: ____/____/____ 1.3 RG: _____ 1.4 CPF: _____	
1.5 Curso: _____ 1.6 Bolsa/Desconto em 2023: _____% 1.7 Período atual: _____	
<b>2. ENDEREÇO</b>	
2.1 Logradouro: _____ Nº _____	
2.2 Complemento: _____ 2.3 Bairro: _____	
2.4 Cidade: _____	
2.5 CEP: _____	
<b>3. SITUAÇÃO HABITACIONAL</b>	
3.1 A família reside em imóvel: (A) Próprio quitado (B) Próprio Financiado (C) Alugado (D) Cedido. Por quem? _____ Outra situação: _____	
<b>4. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR E RENDA (Elencar todos que residem no imóvel, inclusive o aluno)</b>	
<b>Aluno (candidato)</b>	
4.1 Nome: _____	
4.1.2 Já concluiu alguma graduação? ( ) Sim ( ) Não	
4.1.3 Cursou o ensino médio em: (A) Escola Particular (B) Particular com Bolsa de Estudo (C) Ensino Público	
4.1.4 Sobre a situação de renda e trabalho, assinale: (A) Está trabalhando. Cargo ou função: _____ Salário: R\$ _____ (B) Aposentado(a) e/ou pensionista – Data: ____/____/____ Motivo: _____ Profissão exercida: _____ Valor do Benefício: R\$ _____ (C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: ____/____/____ (D) Faz biscoitos – Tipo: _____ Renda mensal R\$ _____ (E) Auxílio doença Valor: R\$ _____ Período: De ____/____/____ à ____/____/____	

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

### OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA

**4.2** Nome: \_\_\_\_\_

**4.2.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.2.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Profissão exercida: \_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R\$ \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_

(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4.3** Nome: \_\_\_\_\_

**4.3.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.3.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Profissão exercida: \_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R\$ \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_

(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4.4** Nome: \_\_\_\_\_

**4.4.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.4.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Profissão exercida: \_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R\$ \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_

(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4.5** Nome: \_\_\_\_\_

**4.5.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.5.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_  
(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4.6** Nome: \_\_\_\_\_

**4.6.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4.6.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Profissão exercida: \_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R\$ \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_

(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4.7** Nome: \_\_\_\_\_

**4.7.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4.7.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Profissão exercida: \_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R\$ \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_

(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4.8** Nome: \_\_\_\_\_

**4.8.1** Parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4.8.2** Sobre a situação de renda e trabalho, assinale:

(A) Está trabalhando. Cargo ou função: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

(B) Aposentada e/ou pensionista – Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Profissão exercida: \_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R\$ \_\_\_\_\_

(C) Já trabalhou, mas atualmente está desempregada. Data de saída do último emprego: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(D) Faz biscates – Tipo: \_\_\_\_\_ Renda mensal R\$ \_\_\_\_\_

(E) Auxílio doença Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Período: De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(F) Outro benefício. Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

## 5. DESPESAS MENSAIS DO GRUPO FAMILIAR

Aluguel: R\$	Mensalidade Escolar: R\$	Mensalidade universitária: R\$
Farmácia: R\$	Financiamento de veículo: R\$	INSS: R\$

Condomínio: R\$	Financiamento habitacional: R\$	Previdência privada: R\$
Água: R\$	Empregada diarista: R\$	Lazer: R\$
Energia elétrica: R\$	Empregada mensalista: R\$	Mensalidade Clube: R\$
Gás: R\$	Seguro vida: R\$	Transporte: R\$
Telefone fixo: R\$	Cursos(inglês, informática, etc): R\$	Pensão Alimentícia: R\$
Telefone celular: R\$	Médicos/Exames: R\$	Empréstimo: R\$
TV por assinatura: R\$	Dentista: R\$	Material escolar (anual): R\$
Internet: R\$	Seguro carro (anual): R\$	IPTU (anual): R\$
Plano de saúde: R\$	Alimentação/limpeza/higiene:R\$	

### 6. ASSINALAR O QUE O GRUPO FAMILIAR POSSUI:

6.1 Outros imóveis: (A)NÃO (B)SIM Quantos? Em que bairro(s)/Cidade:

6.2 Demais rendas: (A)Aluguel (B)Poupança (C)Outras. Quais? \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

6.3. Automóvel (carro/moto): (A) NÃO (B) SIM Qual (is) \_\_\_\_\_  
Modelo: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

### 7. SAÚDE

7.1 Há algum membro na família com deficiência ou doença crônica grave? (A) Não (B) Sim  
Se sim, qual doença? Quem? Gastos existentes: \_\_\_\_\_

### 8. JUSTIFICATIVA

(Utilize esse espaço para dizer porque você necessita da bolsa de estudo)

---



---



---



---



---



---

### 8. DECLARAÇÃO:

Declaro, para fins de direito, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que nenhuma informação foi omitida. Declaro, ainda, que estou ciente que a inexatidão das informações dadas, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal, bem como às penalidades da Lei complementar 187/2021.

Declaro, ainda, que li e estou de acordo com o Edital 001/2024 da Fundação Educacional de Além Paraíba (FEAP) e que autorizo a visita domiciliar, estando à disposição para entrevistas e outros esclarecimentos durante o Processo de Concessão de Bolsas e ao longo do semestre letivo.

Por ser verdade, firmo a presente declaração em uma única via, para que produza todos os seus efeitos legais.

Além Paraíba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato