

PROGRAMA DE AUXÍLIO PERMANÊNCIA-PAP

ORIENTAÇÕES PARA AS SOLICITAÇÕES DE AUXÍLIO FINANCEIRO PARA AÇÕES EVENTUAIS

PÚBLICO ALVO

Apoio Didático-Pedagógico: todos os estudantes regularmente matriculados em qualquer uma das modalidades presenciais oferecidas no IFSP – Câmpus São José dos Campos, desde que o material tenha sido solicitado por docente deste câmpus.

Auxílio Saúde: todos os estudantes regularmente matriculados em qualquer uma das modalidades presenciais oferecidas no IFSP – câmpus São José dos Campos, acompanhado de documentação comprobatória (laudo médico/receitas) da necessidade.

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS NECESSÁRIOS

Material Didático: Relação do material e três orçamentos.

Medicamentos e/ou procedimento de saúde: Cópia da receita, laudo médico e de três orçamentos.

PRAZOS PARA SOLICITAÇÕES

Qualquer período do ano letivo.

PROCEDIMENTOS PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Até 30 (trinta) dias após o recebimento do auxílio acompanhado das Notas, recibos ou cupons fiscais.

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
AUXÍLIOS APOIO DIDÁTICO PEDAGÓGICO E AUXÍLIO SAÚDE

Modalidade de auxílio do Programa de Assistência Estudantil solicitado.

Apoio Didático-Pedagógico Auxílio Saúde

DADOS PESSOAIS DO ALUNO

Nome:		Prontuário:
Curso:	Módulo:	Período:
CPF:	RG:	Idade:
Telefone fixo:	Celular:	e-mail:
Endereço:		Bairro:
CEP:	Cidade:	
DADOS BANCÁRIOS (em nome do aluno)		
Banco:	Agência:	Conta:

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO ALUNO

<p>1) Forma de ingresso no IFSP - SJC: 1- () Ampla concorrência 2- () Cota Social 3- () Cota Racial 4- () Cota para pessoa com deficiência 5- () Cota para pessoa indígenas</p> <p>2) Renda familiar (bruta): R\$ _____</p> <p>3) Você ou sua família é beneficiária do Programa Bolsa Família? 1- () Sim 2- () Não</p> <p>4) Número de pessoas que moram na residência de sua família, (inclusive você, avós, tios, primos). _____</p> <p>5) Qual situação abaixo melhor descreve seu caso: 1- () Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família. 2- () Não trabalho e meus gastos são financiados pela família. 3- () Trabalho e contribuo com o sustento da família. 4- () Trabalho e recebo ajuda da família. 5- () Trabalho e me sustento.</p> <p>6) A casa em que sua família mora é: 1- () Financiada 2- () Alugada 3- () Cedida 4- () Própria 5- () Outros: _____</p>	<p>7) Qual serviço de saúde você recorre quando precisa? 1- () SUS () Plano de saúde () Particular</p> <p>8) Despesas fixas de sua família (caso não seja aluno do PAP*):</p> <table> <tr><td>Aluguel</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Financiamento da casa própria</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Condomínio</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>IPTU</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>IPVA</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Água</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Energia Elétrica</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Telefone</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Internet</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Plano de Saúde/Medicamentos</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Mensalidades Escolares</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Combustível</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Transporte</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Alimentação</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Outros</td><td>R\$ _____</td></tr> <tr><td>Total das despesas</td><td>R\$ _____</td></tr> </table> <p>(anexar comprovantes)</p> <p>PAP* Programa de Assistência Estudantil</p>	Aluguel	R\$ _____	Financiamento da casa própria	R\$ _____	Condomínio	R\$ _____	IPTU	R\$ _____	IPVA	R\$ _____	Água	R\$ _____	Energia Elétrica	R\$ _____	Telefone	R\$ _____	Internet	R\$ _____	Plano de Saúde/Medicamentos	R\$ _____	Mensalidades Escolares	R\$ _____	Combustível	R\$ _____	Transporte	R\$ _____	Alimentação	R\$ _____	Outros	R\$ _____	Total das despesas	R\$ _____
Aluguel	R\$ _____																																
Financiamento da casa própria	R\$ _____																																
Condomínio	R\$ _____																																
IPTU	R\$ _____																																
IPVA	R\$ _____																																
Água	R\$ _____																																
Energia Elétrica	R\$ _____																																
Telefone	R\$ _____																																
Internet	R\$ _____																																
Plano de Saúde/Medicamentos	R\$ _____																																
Mensalidades Escolares	R\$ _____																																
Combustível	R\$ _____																																
Transporte	R\$ _____																																
Alimentação	R\$ _____																																
Outros	R\$ _____																																
Total das despesas	R\$ _____																																

DESCREVA SUA SOLICITAÇÃO:

Valor necessário R\$_____.

Declaro, para todos os efeitos legais, serem verdadeiras as informações contidas neste questionário, estando sujeito às penalidades cabíveis em caso de falsidade segundo o Código Penal em seu **artigo 299** e ainda **estou ciente** de que a minha solicitação **não é garantia de concessão**.

São José dos Campos, _____ de _____ de _____

Assinatura do aluno

Assinatura do responsável (menor de 18 anos)

JUSTIFICATIVA/SOLICITAÇÃO DO PROFESSOR:

Assinatura do professor

Parecer da Coordenadoria Sociopedagógica (Não preencher)

<hr/> <hr/> <hr/>

Assinatura/carimbo do responsável pelo parecer