

Faculdade Luterana de Teologia - FLT
Entidade Mantenedora: UNIÃO CRISTÃ – Associação Social e Educacional
PROCESSO SELETIVO DE BOLSAS DE ESTUDO 04/2010 – 4º ano Bacharelado em Teologia

REQUERIMENTO DE BOLSA DE ESTUDO

Eu _____, CPF _____

RG _____, mediante o preenchimento do **Questionário** do **Perfil Sócio-Econômico e Cultural** e o envio da respectiva documentação comprobatória em anexo, venho solicitar à *Comissão Permanente de Seleção e Acompanhamento de Bolsas de Estudo* a concessão de bolsa de estudo referente às parcelas mensais do Curso de Bacharelado em Teologia relativas ao ano de 2010 (janeiro a dezembro) tendo como parâmetro os valores definidos no *Contrato de Prestação de Serviços Educacionais* relativo ao ano letivo de 2010, assinado por representante da Faculdade Luterana de Teologia – FLT e por mim.

JUSTIFICATIVA:

São Bento do Sul, ____ de _____ de _____

Assinatura

Faculdade Luterana de Teologia - FLT
Entidade Mantenedora: UNIÃO CRISTÃ – Associação Social e Educacional

PROCESSO SELETIVO DE BOLSAS DE ESTUDO 04/2010

QUESTIONÁRIO - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E CULTURAL

1. Nome e sobrenome do/a candidato(a): _____

2. Curso: _____ Semestre/Período: _____

3. O candidato/a encaminhou pedido ou já recebe Bolsa de estudo ou similar de outras instituições?
() Sim () Não. Nome da Instituição concedente: _____

4. Nome do Pai ou responsável: _____

Nível de instrução do Pai ou responsável:

() Analfabeto () Ensino Fundamental

() Ensino Médio () Superior Completo

Profissão do Pai ou responsável: _____

Salário do Pai ou responsável: _____

5. Nome da Mãe ou responsável: _____

Nível de instrução da Mãe ou responsável:

() Analfabeto () Ensino Fundamental

() Ensino Médio () Superior Completo

Profissão da Mãe ou responsável: _____

Salário da Mãe ou responsável: _____

6. Endereços (Rua, nº, Bairro, CEP, cidade, estado, país – se necessário; telefone; e-mail):

Endereço do/a candidato/a:

Endereço do Grupo Familiar (ou pais):

Observações adicionais do/a candidato/a:

Renda bruta total mensal do Grupo Familiar (R\$)					

9. Quantas pessoas dependem da renda total mensal deste Grupo Familiar? _____

10. Residência: () própria () alugada () Com grupo familiar () Cedida (especificar):

_____ () Outra (especificar): _____

11. Gasto mensal do Grupo Familiar com moradia (R\$): _____

12. Há doença grave especificada na Portaria MPAS/MS n. 2998, de 23/08/2001? () sim () não

Qual/Quais? _____

Há outra doença e/ou deficiência que comprove situação de vulnerabilidade ou risco pessoal?

() sim () não

Quais? _____

13. Participação do/a candidato/a na vida econômica da família:

() Não trabalha e seus gastos são pagos pela família

() Trabalha e também recebe ajuda financeira da família

() Trabalha e é responsável apenas pelo seu sustento

() Trabalha e é o principal responsável pelo sustento da família

Obs.: _____

14. Local onde o/a candidato/a fez Ensino Fundamental (5ª a 8ª):

() Todo em escola pública

() Maior parte em escola pública

() Todo em escola particular

() Maior parte em escola particular

Obs.: _____

15. Local onde o/a candidato/a fez seu curso de Ensino Médio:

() Todo em escola pública

() Maior parte em escola pública

() Todo em escola particular

() Maior parte em escola particular

Obs.: _____

Declaro, para os devidos fins, que os dados informados no presente *Questionário* deste *Perfil Sócio-Econômico e Cultural* são verdadeiros e fidedignos,

Atenciosamente,

Nome do(a) candidato(a)

_____, _____ de _____ de 20____
Local Data

Favor preencher os dados solicitados na tabela abaixo a partir das informações acima e dos documentos comprobatórios, para fins de realização do cálculo do Índice de Classificação do Grupo Familiar:

Sigla	Indicadores	Dados a serem preenchidos
RT	Renda Bruta Total Mensal Familiar (em R\$)	
M	Moradia do Grupo Familiar	
	Se própria/cedida, preencha 2 ao lado → Se financiada/locada, preencha 1 ao lado →	
DG	Doença grave especificada ou situação de vulnerabilidade (se existe no Grupo Familiar, escreva 1 ; se não existe, escreva 2 ao lado)	
EP	Se o/a candidato cursou o ensino médio completo em escola da rede pública gratuita, escreva 1,2 ; se não cursou o ensino médio completo em escola da rede pública, escreva 2 ao lado	
NG	Se além do/a candidato/a, existe algum membro do Grupo Familiar que cursa a graduação em IES não gratuita, escreva 1,2 ; se somente o/a candidato/a cursa um curso na FLT como instituição não gratuita, escreva 2 ao lado	
CDA	Coeficiente de desempenho acadêmico: Se a média (cf. histórico acadêmico) for superior a 9,0, escreva 1 ao lado. Se a média (cf. histórico acadêmico) for entre 9,0 e 7,0, escreva 1,5 ao lado. Se a média (cf. histórico acadêmico) for inferior a 7,0, escreva 2 ao lado.	
CS	Se o/a candidato/a possui curso superior completo, escreva 3 ; se o candidato não tem curso superior completo, escreva 1 ao lado	
PPD	Se o/a candidato/a for Pessoa Portadora de Deficiência – PPD, escreva 1 ; se o candidato não for PPD, escreva 2 ao lado	
CV	Se o/a candidato e/ou pessoas de seu Grupo Familiar estiverem	

	em condição de carência, de situação de risco pessoal ou social atestado por Assistente Social, escreva 1 ; se não houver ninguém no seu Grupo Familiar nesta situação, escreva 2 ao lado	
GF	Escreva ao lado o número de pessoas que compõe o Grupo Familiar do/a candidato/a	

↓ Uso exclusivo da Comissão Permanente – Uso exclusivo da Comissão Permanente – Uso exclusivo da Comissão Permanente ↓

Cálculo da renda mensal familiar per capita, em salários mínimos

$$\frac{RT (\text{_____})}{GF (\text{_____})} = \frac{RFMPC (\text{_____})}{SM (\text{_____})} \quad e \quad \frac{RFMPC (\text{_____})}{SM (\text{_____})} = \frac{SMpc (\text{_____})}{SM (\text{_____})}$$

Onde:

RT = Renda Bruta Total mensal do grupo familiar, considerando o salário de cada membro da família que recebe remuneração (veja dados acima);

GF = número de membros do grupo familiar;

RFMPC = Renda familiar mensal per cápita;

SM = valor do salário mínimo vigente;

SMpc = salário(s) mínimo(s) per capita.

Índice de Classificação do Grupo Familiar

$$RT (\text{_____}) \times M (=1) \times DG (\text{___}) \times EP (\text{___}) \times NG (\text{___}) \times CS (\text{___}) \times CDA (\text{___}) \times PPD (\text{___}) \times CV (\text{___})$$

$$\text{_____} = IC \text{_____}$$

$$GF (\text{_____})$$

Resultado → Índice de Classificação do Grupo Familiar = _____

INSTRUÇÕES COMPLEMENTARES

Deverão acompanhar o Requerimento de concessão de bolsa de estudo e o Questionário (Perfil Sócio-Econômico e Cultural) fotocópias dos seguintes documentos comprobatórios, cujos originais poderão ser solicitados por ocasião da entrevista a ser realizada pela *Comissão Permanente de Seleção e Acompanhamento de Bolsas de Estudo*:

1. Carteira de identidade própria e dos demais componentes do grupo familiar (se menor de 18 anos, pode ser apresentada certidão de nascimento). Quanto à inexistência desses documentos, um(a) Assistente Social deveria fazer os encaminhamentos para obtenção do documento;
2. CPF de todos os membros do grupo familiar com idade entre 18 e 65 anos, exceto os civilmente incapazes. Quanto à inexistência desses documentos, um(a) Assistente Social deveria fazer os encaminhamentos para obtenção do documento;

3. Comprovante de residência dos membros do grupo familiar;
 4. Comprovantes dos períodos letivos cursados em escola pública;
 5. Comprovante das condições de moradia, quando financiada ou locada, apresentando, se financiada, a última prestação paga e, se locada, os três últimos comprovantes de pagamento ou o contrato de locação;
 6. Comprovante de matrícula de outro membro do grupo familiar em instituição de ensino superior paga se for o caso;
 7. Atestado médico comprobatório, caso exista, no grupo familiar, algum portador de doença especificada na PORTARIA INTERMINISTERIAL MPAS/MS Nº 2.998, DE 23 DE AGOSTO DE 2001 (cf. Anexo) ou de outra doença/deficiência que comprove situação de vulnerabilidade ou risco pessoal;
 8. Comprovante de rendimentos do estudante e dos integrantes de seu grupo familiar;
 9. Comprovante de separação ou divórcio dos pais, ou certidão de óbito, no caso de um deles não constar do grupo familiar do candidato por essas razões;
 10. Histórico escolar do último período letivo concluído na educação superior, independentemente de transferência acadêmica;
- Atestado de Assistente Social do município de procedência (ou da FLT), da condição de carente do/a candidato/a, ou de vulnerabilidade, de situação de risco pessoal ou social.

São considerados comprovantes de rendimentos:

1. Se assalariado, contracheque dos últimos três meses;
2. Se trabalhador autônomo ou profissional liberal, guias de recolhimento de INSS dos três últimos meses, compatíveis com a renda declarada, ou Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos - DECORE, original, dos três últimos meses, feita por contador ou técnico contábil inscrito no CRC;
3. Se diretor de empresa, comprovante de pró-labore/distribuição de lucros acompanhado do contrato social e da DIPJ - Declaração de Informações Econômico-fiscais da Pessoa Jurídica ou DSPJ - Declaração Simplificada da Pessoa Jurídica;
4. Se aposentado ou pensionista, comprovante de recebimento de aposentadoria ou pensão;
5. No caso de renda agregada, recibos de depósitos regulares efetuados em conta-corrente do estudante ou de outro membro do grupo familiar, ou declaração, com firma reconhecida, do doador.
6. (declaração de renda ou de sua inexistência)

Para outras informações, cf. o respectivo Edital de Processo Seletivo de Bolsas de Estudo.

ANEXO

DOENÇAS GRAVES ESPECIFICADAS

PORTARIA INTERMINISTERIAL MPAS/MS Nº 2.998, DE 23 DE AGOSTO DE 2001

OS MINISTROS DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal de 1988, e tendo em vista o inciso II do art. 26 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e o inciso III do art. 30 do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, resolvem:

Art. 1º As doenças ou afecções abaixo indicadas excluem a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS:

- I - tuberculose ativa;
- II - hanseníase;
- III- alienação mental;
- IV- neoplasia maligna;
- V - cegueira
- VI - paralisia irreversível e incapacitante;
- VII- cardiopatia grave;
- VIII - doença de Parkinson;
- IX - espondiloartrose anquilosante;
- X - nefropatia grave;
- XI - estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante);
- XII - síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids;
- XIII - contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e
- XIV - hepatopatia grave.

Art. 2º O disposto no artigo 1º só é aplicável ao segurado que for acometido da doença ou afecção após a sua filiação ao RGPS.

Art. 3º O Instituto Nacional do Seguro Social - INSS adotará as providências necessárias à sua aplicação imediata.

Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ROBERTO BRANT - Ministro da Previdência e Assistência Social
JOSÉ SERRA - Ministro da Saúde