

## Formulário de solicitação de Bolsa de Estudo

### INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS PESSOAIS DO CANDIDATO:

Certidão de Nascimento (menor): \_\_\_\_\_  
Número de Inscrição do CPF: \_\_\_\_\_  
Número do documento de Identificação (RG): \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Número da Carteira de Trabalho: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS (Se o candidato for menor de 18 anos):

Pai: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome da Empresa: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_  
Quanto tempo trabalha na Empresa? \_\_\_\_\_ Renda Bruta Mensal: R\$: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome da Empresa: \_\_\_\_\_ Local do Trabalho: \_\_\_\_\_  
Quanto tempo trabalha na Empresa? \_\_\_\_\_ Renda Bruta Mensal: R\$: \_\_\_\_\_  
Pais separados  sim  não  
**Responsável Financeiro:** \_\_\_\_\_  
**CPF:** \_\_\_\_\_

### ESCOLARIDADE:

Estuda:  Sim  Não  
Qual o nome da escola/ faculdade onde frequenta? \_\_\_\_\_  
Qual o ano ou série? \_\_\_\_\_ Qual é o curso que frequenta? \_\_\_\_\_

### PARA A PESSOA QUE NÃO ESTUDA MAIS

Qual foi a última escola ou faculdade que frequentou? \_\_\_\_\_  
Concluiu o curso que frequentou?  Sim  Não  
Qual é o curso que frequentou? \_\_\_\_\_

## SITUAÇÃO FAMILIAR E DOMICILIAR

Estado civil:  Solteiro (a)  Casado (a) / vive com companheiro (a)  Divorciado (a)  Viúvo (a)

Você mora em imóvel:  Próprio  Alugado  República

Você tem veículo:  Sim  Não. Qual o modelo? \_\_\_\_\_

Você tem dependente:  Sim  Não. Quantos? \_\_\_\_\_

Qual a posição que você ocupa no domicílio onde mora?

Esposa / companheira / mãe

Esposo / companheiro / pai

Filho (a)

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Há alguém na família que está em tratamento médico?  Sim  Não. Qual \_\_\_\_\_

Você é o/a principal responsável pelo domicílio em que reside?  Sim  Não

Quantas pessoas, inclusive você, residem em seu domicílio? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas, inclusive você, residentes no domicílio, exercem atividade remunerada? \_\_\_\_\_

Possui renda própria?  Sim  Não

Empresa onde trabalha? \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Recebe outros auxílios como: Alimentação:  Sim  Não; Transportes:  Sim  Não.

Possui Renda Agregada como:  Pensão alimentícia;  Ajuda de familiares;  Aluguel recebido.

Qual o Valor: \_\_\_\_\_.

Informe a renda total do grupo familiar residente no seu domicílio, incluindo a sua: R\$ \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Assinatura do Candidato ou Responsável**

Instituto Cultural Brasil Estados Unidos

Rua da Bahia, 1723 Lourdes CEP: 30160-011 Belo Horizonte – Tel. (31) 3248-5000. Fax (31) 3248-5005 -

[www.icbeu.com.br](http://www.icbeu.com.br)