



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Pró Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil

ANEXO I

FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO PARA O SERVIÇO CRECHE SELEÇÃO E RENOVAÇÃO DO AUXÍLIO CRECHE

ESTUDANTE

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

DOCENTE

1. Benefício solicitado SELEÇÃO RENOVAÇÃO

2. Seleção ou Renovação pleiteada:

Auxílio Creche

Serviço Creche

3. Identificação da criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M F

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Vaga nova ou Renovação para o turno:

Matutino

Vespertino

Integral

Não se aplica

3. Identificação da mãe da criança / Responsável pela criança

Nome: _____

Vínculo com a UFBA:

Estudante/Curso

Professor/Funcionário/Cargo

Não possui

Endereço Residencial: _____

_____ CEP: _____ Tel: _____

Endereço Comercial: _____

Profissão: _____ Horário de Trabalho: _____

Email: _____

4 Identificação do pai da criança / Responsável pela criança

Nome: _____

Vínculo com a UFBA:

Estudante/Curso _____

Professor/Funcionário/Cargo _____

Não possui

Endereço Residencial: _____

_____ CEP: _____ Tel: _____

Endereço Comercial: _____

Profissão: _____ Horário de Trabalho: _____

Email: _____

5. Dados familiares

Posição que a criança ocupa na composição familiar: _____

Número de irmãos: _____

Frequentou escola ou creche? Sim Não

Nome do Estabelecimento: _____

Tempo de permanência: _____

Motivo da Saída: _____

Tem irmão na creche? _____

A criança reside com os pais? _____

6. Informações complementares

Qual o motivo que levou você a se interessar pelo Serviço Creche UFBA? Não se aplica

Qual o motivo que levou você a solicitar o benefício Auxílio Creche? Não se aplica

Possui outros benefícios junto a PROAE? Quais?

7. Composição familiar:

NOME COMPLETO	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	TRABALHA?	TEM CARTEIRA DE TRABALHO E PREV. SOCIAL ASSINADA?	RENDA MENSAL	É PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	ESCOLARIDADE		
								É estudante?	Nível	Qual semestre/ ano?
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIO ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	

8. Termo de responsabilidade

Declaro que as informações por mim prestadas neste formulário são verdadeiras.

Salvador, ____ de _____ de 2016.

Assinatura dos pais/responsáveis:

8. Parecer da Coordenação dos Programas de Assistência ao Estudante – CPAE

Benefício concedido _____ Data: ____/____/____

Assistente Social concedente: _____