



**Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano  
Campus Salgueiro  
Serviço Social**

Prezado (a) Estudante (a)

Este questionário tem como objetivo conhecer os aspectos socioeconômicos que caracterizam os estudantes do Campus Salgueiro, com a finalidade de planejar e oferecer e melhorar os programas da Política de Assistência Estudantil.

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário são necessárias e indispensáveis para sua participação no programa.

Todas as questões visam à coleta de informações para participação no processo de renovação dos programas da Política de Assistência Estudantil.

Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta!

Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais e mantidos em sigilo pela equipe do Serviço Social!

### 1. Identificação Pessoal

Nome:		
Data de Nascimento: ___/___/_____	Idade: _____	Sexo: M ( ) F ( )
Mãe:		
Pai:		
CPF: _____	RG nº: _____	Órgão Emissor: _____

#### 1.1. Endereço

Rua: _____ nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] Ponto de Referência: _____

#### 1.2. Estado Civil

<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Viúvo	
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado/separado	<input type="checkbox"/> Outros	

#### 1.3. De acordo com a categoria usada pelo IBGE, quanto à cor da pele, você se considera:

<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Pardo
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Não quer se declarar

#### 1.4. Identificação Estudantil:

Curso:				
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Agropecuária	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Edificações	<input type="checkbox"/> Informática
Modalidade:	<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> Proeja	<input type="checkbox"/> Subsequente	<input type="checkbox"/> Superior
Turno:	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noite	
Data de início do curso: _____	Previsão de término do curso: _____			

#### 1.5 Que tipo de Auxílio Você recebe:

Alimentação ( )	Transporte ( )	Moradia ( )
-----------------	----------------	-------------

#### 1.6. Participa de projeto de pesquisa ou extensão?

<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim ( ) com bolsa ( ) sem bolsa	Valor da bolsa R\$: _____

<b>Outros:</b>	
----------------	--

## 2. Origem Escolar.

### 2.1. Que tipo de escola você estudou?

2.2 Ensino Fundamental	2.3 Ensino médio
<input type="checkbox"/> Somente em escola Pública	<input type="checkbox"/> Somente em escola Pública
<input type="checkbox"/> Em escola Particular: com bolsa <input type="checkbox"/> sem bolsa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Em escola Particular: com bolsa <input type="checkbox"/> sem bolsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parte em escola pública e parte em escola particular: Com bolsa <input type="checkbox"/> sem bolsa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte em escola pública e parte em escola particular: com bolsa <input type="checkbox"/> sem bolsa <input type="checkbox"/>

## 3. Condição de trabalho e financeira do Aluno:

### 3.1. Você trabalha?

<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	Em que você trabalha?
<input type="checkbox"/> Com Carteira assinada	
<input type="checkbox"/> Sem Carteira assinada	
	Valor do salário R\$ _____

### 3.2. Faz estágio?

<input type="checkbox"/> Não	Em que?
<input type="checkbox"/> Sim	Valor R\$:
<input type="checkbox"/> Não remunerado	
<input type="checkbox"/> Remunerado	

### 3.3 Quem é responsável por SUAS despesas?

<input type="checkbox"/> Você é responsável pelo próprio sustento	<input type="checkbox"/> Por avô/avó.
<input type="checkbox"/> Seus pais são responsável pelo seu sustento	<input type="checkbox"/> Esposa/a
<input type="checkbox"/> Somente sua mãe responsável por seu sustento	<input type="checkbox"/> Outros parentes.
<input type="checkbox"/> Somente seu pai responsável por seu sustento	<input type="checkbox"/> Outros meios. Quais:

## 4. Saúde do Estudante.

4.1. Deficiência <input type="checkbox"/> NÃO	4.2. Limitação <input type="checkbox"/> NÃO	4.3. Necessidade educacional específica <input type="checkbox"/> NÃO	4.4. Saúde do estudante
<input type="checkbox"/> SIM: Qual?	<input type="checkbox"/> SIM: Qual?	<input type="checkbox"/> SIM: Qual?	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Fumante <input type="checkbox"/> Esta Gestante <input type="checkbox"/> Tem Doenças Sexualmente Transmissíveis <input type="checkbox"/> Usa de álcool e outras drogas
<input type="checkbox"/> Visual/Cegueira	<input type="checkbox"/> Baixa Visão	<input type="checkbox"/> Superdotação	
<input type="checkbox"/> Física/Motora	<input type="checkbox"/> locomoção	<input type="checkbox"/> Daltônico	
<input type="checkbox"/> Auditiva/Surdes		<input type="checkbox"/> TDH	
<input type="checkbox"/> Intelectual		<input type="checkbox"/> Altas habilidades	
<input type="checkbox"/> Múltipla		<input type="checkbox"/> Hiperatividade	
<input type="checkbox"/> Amputação		<input type="checkbox"/> Dislexia	
		<input type="checkbox"/> Autismo	
Outras:	Outras:	Outras:	Outras:

### 4.5. Você faz uso de medicamentos de uso contínuo ou controlado, em função de alguma enfermidade?

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual medicamento?
Valor do medicamento? R\$ _____

### 4.6. Têm plano de saúde?

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual plano? _____ Valor R\$: _____
--

### 4.7. Tem plano de odontológico?

Não  Sim Qual plano? \_\_\_\_\_ Valor R\$: \_\_\_\_\_

## 5. Condições de Moradia:

### 5.1 Sua Casa é:

<input type="checkbox"/> Própria quitada:	<input type="checkbox"/> Programa Minha Casa Minha Vida
<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Financiada. Valor da parcela: R\$ _____
<input type="checkbox"/> Herdada	<input type="checkbox"/> Alvenaria/ tijolo
<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Taipa/ Pau a pique
	Outras: _____

## 6. Dados Familiares:

### 6.1 Com quem você mora?

<input type="checkbox"/> Com os pais	<input type="checkbox"/> Só com irmãos
<input type="checkbox"/> Com esposo(a)	<input type="checkbox"/> Sozinho
<input type="checkbox"/> Só com o pai e irmãos	<input type="checkbox"/> Com amigos
<input type="checkbox"/> Só com a mãe e irmãos	Outros: _____

### 6.2. Você tem filhos ou enteado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ Idade: Até 06 <input type="checkbox"/> entre 6 e 12 <input type="checkbox"/> maior de 12 anos <input type="checkbox"/>
------------------------------	--

### 6.3. Quem é responsável pela renda e responsabilidades financeiras DA FAMÍLIA?

<input type="checkbox"/> Os pais	<input type="checkbox"/> Recebe ajuda de outro parentes Quem: _____ Quanto? _____
<input type="checkbox"/> Só a mãe	<input type="checkbox"/> Irmãos
<input type="checkbox"/> Só o pai	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Você	

### 6.4. Estado Civil dos seus pais

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Separados	<input type="checkbox"/> união estável
Outros: _____		

## 7. Da participação em Programas Sociais:

### 7.1. Você ou algum membro de sua família é (são) beneficiário(s) de Programas Sociais do Governo Federal?

<input type="checkbox"/> Bolsa Família	Valor: _____
<input type="checkbox"/> Benefício de Prestação Continuada	Valor: _____
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Permanência	Valor: _____
<input type="checkbox"/> Minha Casa Minha Vida	Valor: _____
<input type="checkbox"/> Reforma Agrária	<input type="checkbox"/> PRONATEC
<input type="checkbox"/> Cisternas para todos	<input type="checkbox"/> Mais Médicos
<input type="checkbox"/> Jovem Aprendiz	<input type="checkbox"/> Ciência Sem Fronteiras
<input type="checkbox"/> Saúde não tem Preço (Recebe remédio no Posto de Saúde ou farmácia popular)	<input type="checkbox"/> Luz para todos (redução do preço da energia)
<input type="checkbox"/> Merenda escolar	<input type="checkbox"/> Assistência Estudantil
<input type="checkbox"/> Caminhos as Escola (usa ônibus amarelo)	<input type="checkbox"/> PROUNI
<input type="checkbox"/> Garantia Safra	Outro: _____

## 8. Conteúdo escolar:

### 8.1 Você tem dificuldade em que matérias:

