

# DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

|                            |             |                                    |                |                         |  |
|----------------------------|-------------|------------------------------------|----------------|-------------------------|--|
| <b>NOME DO REQUERENTE:</b> |             |                                    |                | <b>CPF:</b>             |  |
| <b>ENDEREÇO:</b>           |             |                                    | <b>CIDADE:</b> |                         |  |
| <b>UF:</b>                 | <b>CEP:</b> | <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:</b> |                | <b>ÓRGÃO EXPEDIDOR:</b> |  |

**Declaração para fins de requerimento do Benefício Bolsa Estudantil.**

- Vive sozinho     Vive internado: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
 Convive sob o mesmo teto com as pessoas relacionadas abaixo:

| ORDEM      | NOME | DATA DE NASCIMENTO | PARENTESCO | SITUAÇÃO OCUPACIONAL | RENDIMENTO MENSAL | EXISTE COMPROVAÇÃO DE RENDIMENTOS? |
|------------|------|--------------------|------------|----------------------|-------------------|------------------------------------|
| REQUERENTE |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 2          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 3          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 4          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 5          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 6          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 7          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 8          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 9          |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |
| 10         |      | __/__/__           |            |                      |                   |                                    |

**Pela presente, declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.**

Local: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do Requerente ou Representante Legal

**Preencher quando o declarante for o Representante Legal**

|   |                              |                                  |                                |                                     |
|---|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <b>NOME:</b>  |                              | <b>RG (Identidade):</b>          | <b>ÓRGÃO EXPEDIDOR:</b>        | <b>CPF:</b>                         |
| <b>ENDEREÇO:</b>  |                              |                                  | <b>CIDADE:</b>                 | <b>CEP:</b>                         |
| <b>Condição do Representante Legal</b>                    |                              |                                  |                                |                                     |
| <input type="checkbox"/> PAI                              | <input type="checkbox"/> MÃE | <input type="checkbox"/> CURADOR | <input type="checkbox"/> TUTOR | <input type="checkbox"/> PROCURADOR |
| <input type="checkbox"/> DIRETOR DE ENTIDADE FILANTRÓPICA |                              |                                  |                                |                                     |