ACADEMIA DE MÚSICA DA OSESP

FUNDAÇÃO OSESP
Organização Social de Cultura

ANEXO II- FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO FAMILIAR

PROCESSO SELETIVO DE BOLSAS FILANTRÓPICAS - ANO LETIVO 2026

Unidade de Ensino Requerida: ACADEMIA DE MÚSICA DA OSESP

Nome completo do Candidato:_____

Data de nascimento: _____/_____/_____CPF do Estudante:_____

Curso:_____ (2026)

Já foi Bolsista da unidade? Sim (__) Não (__)/Último Ano do Benefício:_____

Possui alguma deficiência, condição especial ou transtorno, como Autismo, TDAH, ou outra condição? Sim ( ) Não ( ) Qual? _____

Possui algum parente, ou cônjuge na unidade requerida? Sim (_____) ou Não (____)
Quantos? _____

Nomes e Cursos (se houver):_____

Nome do Responsável (menor de idade): _____

Endereço: _____

Bairro:_____Cidade:_____Estado:_____CEP:_____

Fone: (___)_____WhatsApp: (___)_____
E-mail: _____

Praça Júlio Prestes, 16 - 2º andar
01218-020 São Paulo - SP Brasil
T 55 11 3367 9500
www.osesp.art.br
www.salasaopaulo.art.br

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR

Existe gestante na moradia: Não (_) Sim (_) - Previsão do nascimento da criança?_____

A família participa de algum programa governamental:
Nenhum Benefício (-) / Programa Bolsa Família (-) / PROUNI ( ) /
Outros (__)Qual?_____Se possui, NIS Nº:_____

Qual é a condição de moradia em que reside a sua família, sou sozinho?
(__) Próprio e quitado (já acabou de pagar).
(__) Financiado. Valor R$:_____ATUAL POR MÊS.
(__) Alugado. Quanto tempo reside no local?_____Valor R$:_____por mês.
(__) Cedido. Nome e parentesco com o proprietário: _____

Tipo de Moradia: Casa(_) Casa/Fundos(__) Apartamento(__) Sobrado(__)
Alvenaria(_) Madeira(_) Mista(_) - Quantos Cômodos/Peças?_____Quantos banheiro(s): _____

Nº	Modelo/Marca	Ano Fabricação	Quitado?	Valor da Parcela do Financiamento?	Quantas parcelas faltam para quitação?
1.					
2.					
3.					
4.					

Praça Júlio Prestes, 16 - 2º andar
01218-020 São Paulo - SP Brasil
T 55 11 3367 9500
www.osesp.art.br
www.salasaopaulo.art.br

DESPESA FAMILIAR – MENSAL

Aluguel (_) Prestação/Financiamento (_)	R$
Condomínio*	R$
Água*	R$
Luz*	R$
Telefone*	R$
Alimentação*	R$
Educação	R$
Transporte*	R$
Financiamento de Veículos	R$
Farmácia (medicamentos)	R$
Empréstimos (inclusive os consignados)	R$
Outros, descrever:	R$
Outros, descrever:	R$
Total (inserir o valor total das despesas)	**R$**

*Inserir último valor da despesa mensal.

SITUAÇÃO DE SAÚDE

-

Em sua família existe caso de doença crônica/grave?

(__) Sim. Qual doença?_____CID_____( ) Não

Quem tem problemas de saúde? Faz tratamento médico? Descreva:_____

_____

Há gastos mensais com medicamentos contínuos? Se sim, qual o valor mensal?

_____

Praça Júlio Prestes, 16 - 2º andar
01218-020 São Paulo - SP Brasil
T 55 11 3367 9500
www.osesp.art.br
www.salasaopaulo.art.br

ACADEMIA DE MÚSICA DA OSESP

FUNDAÇÃO OSESP
Organização Social de Cultura

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Todos que residem na mesma casa, *INCLUSIVE O ESTUDANTE/CANDIDATO*

Nome Completo	**Idade**	**Grau de Parentesco** (com o estudante)	**Estado Civil**	**Situação Ocupacional** (Função - Local de Trabalho) - (Estudante - Rede pública ou particular)	**Renda Bruta**
1.					R$
2.					R$
3.					R$
4.					R$
5.					R$
6.					R$
TOTAL DE INTEGRANTES DA FAMÍLIA			**TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR**		**R$**

Pais residem juntos? Sim (__) Não (_) O responsável possui guarda judicial? Sim (__) Não (_)

Recebe pensão alimentícia? Sim (__) Não (__) - Informal (__) Judicial (__) – Valor R$_____por mês.

Praça Júlio Prestes, 16 - 2º andar
01218-020 São Paulo - SP Brasil
T 55 11 3367 9500
www.osesp.art.br
www.salasaopaulo.art.br

Descreva os motivos desta solicitação da concessão de bolsa de estudo:
Coloque de forma objetiva o principal motivo da solicitação de bolsa de estudo. A carta deve ser de forma legível.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TERMO DE CIÊNCIA DO PROCESSO DE CONCESSÃO DE BOLSAS FILANTRÓPICAS E USO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Estou ciente que a concessão de bolsa de estudo somente se dará através da documentação entregue e de possíveis entrevistas sociais realizado pela Assistente Social.

Declaro, para todos os efeitos legais e jurídicos, que todas as informações prestadas neste documento, para obter o direito de participar do processo seletivo de Concessão de Bolsas Filantrópicas, são verdadeiras e que aceito todas as condições estabelecidas no Edital nº 01/2026 e demais termo aditivos.

Declaro, ainda, que as informações, aqui apresentadas, são verdadeiras, de minha inteira responsabilidade e me comprometo, desde já, a atualizá-las sempre que necessário. Além disso, por se tratar de informação essencial à prestação de contas aos órgãos oficiais, autorizo desde já o uso e tratamento dos meus dados pessoais para esta finalidade, nos termos da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

Estou ciente que a entrega da documentação comprobatória e o preenchimento deste formulário socioeconômico não garantirá, automaticamente, a concessão da bolsa de estudos integral.

_____, _____de_____de 202___.
Cidade - data do preenchimento do formulário

_____
Assinatura do Responsável Legal do Candidato a Bolsa

Praça Júlio Prestes, 16 - 2º andar
01218-020 São Paulo - SP Brasil
T 55 11 3367 9500
www.osesp.art.br
www.salasaopaulo.art.br