



Secretaria Municipal de Assistência, Desenvolvimento Social e Políticas Sobre Drogas

CNPJ 44.428.506/0001-71 - Inscrição Estadual: Isento
Rua Dr. Humberto de Campos, 229 – Centro – Fone: (18) 3722 – 7259
CEP 16.901-012– Andradina / SP

E-mail: assistenciasocial@andradina.sp.gov.br

ANEXO I FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O AUXÍLIO TRANSPORTE

1 – DADOS GERAIS DO ESTUDANTE

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo () M () F

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado: São Paulo

Telefone: ()

Celular: ()

E-mail:

Curso:

Período/Semestre:

Instituição de Ensino:

Cidade:

Estado:

Forma de transporte: () Veículo próprio () Veículo de passeio de terceiros () Veículo de Empresa lotado

2 – DADOS DO GRUPO FAMILIAR

OBS: Grupo familiar significa grupo de pessoas relacionadas até o 3º grau de parentesco civil, consanguíneo ou por afinidade, em linha reta ou colateral, que contribuam para a renda familiar ou usufruam dela, na condição de dependentes do responsável pelo grupo perante a Secretaria da Receita Federal.

2.1 – COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR, INCLUINDO O ESTUDANTE

NOME	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL
1 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
2 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
3 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
4 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
5 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
6 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
7 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
8 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
9 - _____	_____	_____	_____	_____	_____
10 - _____	_____	_____	_____	_____	_____

RENDIMENTO PER CAPITA:

R\$ _____

TOTAL DE RENDIMENTO FAMILIAR: R\$



Secretaria Municipal de Assistência, Desenvolvimento Social e Políticas Sobre Drogas

CNPJ 44.428.506/0001-71 - Inscrição Estadual: Isento
Rua Dr. Humberto de Campos, 229 – Centro – Fone: (18) 3722 – 7259
CEP 16.901-012– Andradina / SP

E-mail: assistenciasocial@andradina.sp.gov.br

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAS REGRAS E VERACIDADE DOS DADOS APRESENTADOS - PROGRAMA DE BENEFÍCIO AUXÍLIO TRANSPORTE

Eu, _____, brasileiro(a), portador(a) dos documentos de identificação RG. nº _____ e CPF nº _____ na condição de aluno(a) regularmente matriculado (a) na Instituição de Ensino Superior ou Técnico _____ na _____^a série sob o código/número _____, telefone (Whatsapp) (_____)_____, residente e domiciliado (a) na _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, vem perante a COMISSÃO DE ANÁLISE DO PROGRAMA DE BENEFÍCIO AUXÍLIO TRANSPORTE expor e requerer o benefício para o ano letivo de 2025, em conformidade com o Edital em vigor e segundo a Resolução vigente.

DECLARO, nos termos da Lei nº 2.472/2009 e suas posteriores alterações, sob as da lei, que preencho os requisitos, aceitando-o em todos os seus termos e que:

- São verídicas e exatas todas as declarações por mim prestadas.
- Não sou beneficiário(a) de nenhum outro tipo de benefício¹ e/ou de qualquer outra forma de financiamento com a mesma finalidade;
- Não fui retido(a) na série para a qual estou requerendo o benefício, nem tampouco tive presença inferior à 80% das aulas;
- Não fui reprovado em mais de uma disciplina e, em sendo, esta reprovação não se deu na mesma disciplina;
- Estou ciente de que poderei receber visitas domiciliares e/ou participar de entrevista para comprovar a veracidade das informações e dos documentos por mim apresentados.

Sob as penas do art. 299 do Código Penal, ou de legislação mais específica, responsabilizo-me pela veracidade das informações de caráter socioeconômico e pela autenticidade dos documentos apresentados e registrados neste formulário e comprometo-me a comunicar à Comissão, caso as informações prestadas venham a sofrer alterações no decorrer do ano letivo, bem como estou ciente das consequências de ordem regimental e judicial pelo descumprimento das normas contidas na Lei nº 3.247/2015.

Andradina (SP), _____ de _____ de 202____.

¹ Não se entendem os benefícios a título de Bolsa-Auxílio recebidos em programas de estágio, cujo produto deve ser somado ao total dos rendimentos do (a) candidato (a).



Secretaria Municipal de Assistência, Desenvolvimento Social e Políticas Sobre Drogas

CNPJ 44.428.506/0001-71 - Inscrição Estadual: Isento
Rua Dr. Humberto de Campos, 229 – Centro – Fone: (18) 3722 – 7259
CEP 16.901-012– Andradina / SP

E-mail: assistenciasocial@andradina.sp.gov.br

Assinatura



Secretaria Municipal de Assistência, Desenvolvimento Social e Políticas Sobre Drogas

CNPJ 44.428.506/0001-71 - Inscrição Estadual: Isento
Rua Dr. Humberto de Campos, 229 – Centro – Fone: (18) 3722 – 7259
CEP 16.901-012– Andradina / SP

E-mail: assistenciasocial@andradina.sp.gov.br

ANEXO III DECLARAÇÃO DE TRABALHO AUTÔNOMO²

Eu, _____, portador do RG _____ e CPF _____, residente Rua/Avenida _____, nº _____, _____ (complemento), Bairro _____, no Município de _____, Estado do (e) _____, autônomo exercendo a função de _____ venho por meio desta, DECLARAR, para fins de inscrição do estudante _____ no processo de seleção que não mantenho vínculo empregatício com pessoa física ou jurídica, mas que exerce atividade autônoma, e recebo rendimentos no valor de R\$ _____ mensalmente.

E, por isso ser expressão da verdade, comprometo-me a fazer prova, para os devidos fins de direito, em repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias, órgãos particulares e onde mais necessário for, na forma da Lei. Declaro também estar ciente das penalidades legais a que estou sujeito (a):

Crime de Falsidade Ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Dessa forma, estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento do benefício, se concedida, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Obs.: Anexar cópia da carteira de trabalho (das folhas de identificação, a folha da baixa do último emprego e da próxima página de contrato de trabalho em branco) ou Declaração no caso de não possuir carteira de trabalho, para os membros do grupo familiar maiores de 16 anos.

(local e data) _____, ____ de ____ de 20 ____.

² Realizar uma cópia deste documento para cada membro da composição familiar maior de 16 anos que exerce trabalho autônomo.



Secretaria Municipal de Assistência, Desenvolvimento Social e Políticas Sobre Drogas

CNPJ 44.428.506/0001-71 - Inscrição Estadual: Isento
Rua Dr. Humberto de Campos, 229 – Centro – Fone: (18) 3722 – 7259
CEP 16.901-012– Andradina / SP

E-mail: assistenciasocial@andradina.sp.gov.br

Declarante



Secretaria Municipal de Assistência, Desenvolvimento Social e Políticas Sobre Drogas

CNPJ 44.428.506/0001-71 - Inscrição Estadual: Isento
Rua Dr. Humberto de Campos, 229 – Centro – Fone: (18) 3722 – 7259
CEP 16.901-012– Andradina / SP

E-mail: assistenciasocial@andradina.sp.gov.br

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE DESEMPREGO³

Eu, _____, portador (a) da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____, do CPF nº _____, declaro para os devidos fins que estou desempregado desde _____.

Acrescento ainda que tenho suprido minhas necessidades financeiras da seguinte maneira:

Assumo inteiramente a responsabilidade perante o Art. 299, do Código Penal, que versa sobre declarações falsas, documentos forjados ou adulterados, constituindo em crime de falsidade ideológica, além disso, declaro que estou ciente de que a inveracidade das informações prestadas poderá indeferir a solicitação do candidato.

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do declarante

Este modelo de Declaração pode ser utilizado pelo candidato ou pelo seu responsável legal para informar a atual fonte de renda. Ela deve ser utilizada para todos os membros do grupo familiar que estiverem desempregados. O candidato deverá entregar declaração original contendo, obrigatoriamente, data, assinatura do declarante (como consta no documento). Para candidatos menores de 18 anos, o declarante deverá ser o responsável legal.

³ Apenas modelo.