



**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](mailto: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	RENDA MENSAL
1 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10 -	_____	_____	_____	_____	_____	_____

RENDA PER CAPITA:  
R\$ \_\_\_\_\_

TOTAL DE RENDA 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](mailto: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 benefício<sup>1</sup> 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\_\_.

<sup>1</sup> 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](mailto: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](mailto:assistenciasocial@andradina.sp.gov.br)

### ANEXO III DECLARAÇÃO DE TRABALHO AUTÔNOMO<sup>2</sup>

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ à  
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 exerço 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 \_\_\_\_.

<sup>2</sup> Realizar uma cópia deste documento para cada membro da composição familiar maior de 16 anos que exerça 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](mailto: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 DESEMPREGO<sup>3</sup>

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.

<sup>3</sup> Apenas modelo.