



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PARAÍBA – *Campus* Campina Grande

EDITAL N°05/2016

A Diretoria de Ensino do IFPB – *Campus* Campina Grande, no uso de suas atribuições legais, torna pública a abertura de inscrições para o **PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO e TRANSPORTE torna público que estão abertas as inscrições para o I Processo Seletivo 2016 Auxílio Estudantil – Ensino à Distância: Curso Técnico em Segurança do Trabalho subsequente ao ensino médio e Curso Técnico em Secretaria Escolar subsequente ao ensino médio e Licenciatura em Letras.**

1. DO OBJETO

1.1 Os Programas da Assistência Estudantil do IFPB propõe-se a assegurar a permanência e a conclusão do curso dos estudantes em condições de vulnerabilidade social. Este Edital destina-se a identificar e selecionar estudantes regularmente matriculados em cursos de educação à distância, em situação de vulnerabilidade socioeconômica, visando à oferta de auxílio alimentação e auxílio transporte, ampliando as condições de permanência do estudante durante o tempo regular do seu curso.

1.2 O Edital destina-se, prioritariamente, aos discentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, visando à oferta de **auxílio alimentação e auxílio transporte** promovendo condições de permanência do estudante durante o tempo regular do seu curso.

2. DO PROGRAMA E BENEFICIÁRIOS

2.1 O Programa de Alimentação do IFPB objetiva oportunizar aos estudantes o atendimento das necessidades básicas de alimentação, conforme disposto no Decreto N° 7.234, de 19 de julho de 2010 – PNAES, no Regimento Geral do Instituto em seu art. N°247 e de acordo com a Política de Assistência Estudantil aprovado pelo Conselho Superior do Instituto através da Resolução N°12/2011;

2.2 O Programa de Transporte orientar-se-á pelos princípios gerais do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) do Ministério da Educação, especificada no Decreto N° 7.234 /2010, bem como, pela Política de Assistência Estudantil do IFPB. Tem por finalidade assegurar aos estudantes condições de deslocamento de sua residência ao Instituto, para desenvolver suas atividades acadêmicas;

2.3 O Programa é destinado aos estudantes que estejam regularmente matriculados nos cursos a distância do IFPB *Campus* Campina Grande;

2.4 Os valores dos auxílios é de R\$ 30,00 (trinta reais) mensais para alimentação e de R\$ 30,00 (trinta reais) mensais para transporte.

3. DO PROCESSO DE SELEÇÃO:

a) **1ª Etapa:** Preenchimento de Formulário/Questionário socioeconômico- Anexo I (anexando documentação descrita no item 6);

b) **2ª Etapa:** Análise da documentação;

Parágrafo Único: Estará apto para a 2ª etapa o (a) discente que apresentar a documentação exigida e que após avaliação socioeconômica, constando análise dos documentos exigidos, comprove-se a necessidade do benefício por parte do (a) candidato (a).

3.1. Período de inscrições:

Período	Horário	Etapa	Local
22 de julho a 04 de agosto	Manhã	Inscrições:	-----
	Tarde	Preencher formulário de inscrição do ANEXO I	
	Noite		
22 de julho a 05 de agosto	Manhã	Entrega do formulário preenchido- Anexo I.	Recepção do <i>Campus</i>
	Tarde		
	Noite		

Obs (1): A qualquer tempo poderão ser efetuadas pela equipe de Assistência Estudantil, entrevistas e visitas domiciliares para acompanhamento do (a) estudante beneficiado (a) pelo Programa da Assistência Estudantil para o Auxílio Alimentação e Transporte.

Obs (2): Excepcionalmente, poderão ser atendidos discentes fora dos prazos estipulados em edital, desde que haja recursos disponíveis e o estudante tenha realizado inscrição através do processo seletivo deste edital.

4. DAS VAGAS

4.1. O número de estudantes a serem beneficiados com o Programa, encontra-se disponíveis abaixo.

PROGRAMA	Total de Vagas
ALIMENTAÇÃO	40
TRANSPORTE	40

5. DOS CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO:

5.1. A seleção dos (as) candidatos (as) terá como base o conjunto dos fatores sociais e culturais existentes, relevando-se o fator econômico-financeiro e o diagnóstico da situação socioeconômica apresentada pelo estudante;

5.2. Na avaliação da situação socioeconômica serão considerados os seguintes indicadores agravantes da situação familiar:

- Renda familiar;
- Número de dependentes;
- Despesas da família com moradia;

- Distância do domicílio de origem;
- Situações de doença na família;
- Situações de desagregação familiar.

5.3. O/A estudante candidato (a) ao Programa de Alimentação e Transporte poderá ser classificado (a) se a renda familiar *per capita* não for excedente a 1,5 (um e meio) salário mínimo nacional;

6. DAS INSCRIÇÕES

6.1 As inscrições deverão ser realizadas mediante Formulário de Inscrição/questionário preenchido, assinado, com foto 3x4 recente e acompanhado da seguinte documentação:

- a) Comprovação de matrícula em Curso regular a distância do IFPB Campus Campina Grande;
- b) Cópia dos dados bancários no nome do aluno(ex: cartão do banco, comprovante de conta corrente ou poupança);
- c) Comprovante de renda familiar;
- d) Cópia do RG e CPF do requerente;
- e) Cópia do CPF dos demais membros do grupo familiar que tenham completado 18 (dezoito) anos até a data da inscrição;
- f) Cópia do cartão do Programa Bolsa Família (se a família for contemplada com o programa);
- g) Cópia da última Declaração de Imposto de Renda;
- h) Cópia das despesas familiares – recibos: de água, luz, telefone, aluguel ou comprovante de pagamento (na hipótese do imóvel residencial ser financiado);
- i) Cópia dos comprovantes de remuneração mensal de todos os integrantes do grupo familiar, segundo as seguintes condições:

- **Se assalariado:** cópia da carteira de trabalho atualizada; recibo de salário completo, holerite ou contracheque;
- **Se desempregado:** cópia da Carteira de Trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página de contrato em branco;
- **Se trabalhador autônomo, profissional liberal ou prestador de serviços:** Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos- DECORE, expedido por contador inscrito no Conselho Regional de Contabilidade (CRC), ou, no caso de trabalhador informal, declaração firmada por duas testemunhas, com data atual, informando a renda mensal e a atividade exercida;
- **Se aposentado:** cópia do último comprovante de recebimento de benefício do INSS;
- **Se pensionista:** cópia do último comprovante de recebimento de (pensão) do INSS;
- **Se produtor rural:** Apresentar cópia do ITR (Imposto Territorial Rural), declaração do Sindicato dos Trabalhadores Rurais – constando a principal atividade e a remuneração média mensal. Caso não seja associado ao sindicato, fazer a declaração de próprio punho, assinada juntamente com duas testemunhas (informar nome, RG, CPF, endereço e telefone);
- **Outros (por exemplo, comissões por vendas, "bicos", auxílios de parentes e/ou amigos):** declaração assinada por quem paga as comissões ou pelo prestador de auxílio financeiro com assinatura de 2 (duas) testemunhas, que não sejam componentes do mesmo grupo familiar (nome completo e número do CPF). Apresentar também cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página do contrato em branco;

- **Se houver renda proveniente de aluguel de imóveis:** cópia do contrato de locação ou declaração original do locatário, constando em ambos o valor mensal;
- **Se estiver recebendo pensão alimentícia:** apresentar cópia da sentença judicial e declaração assinada pelo responsável do pagamento, constando o valor pago. No caso de recebimento via banco, cópia do extrato acompanhado da declaração.

7. DOS CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS CANDIDATOS

7.1. Os estudantes serão selecionados por ordem de classificação, de acordo com os critérios de avaliação do **item 5.2**, em número correspondente às vagas disponíveis para o Programa, quadro 02 do item 4.1.

8. DAS CONDIÇÕES PARA PERMANÊNCIA NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

- a) Matrícula regular;
- b) Frequência regular levantada mensalmente;
- c) Situação de vulnerabilidade social.

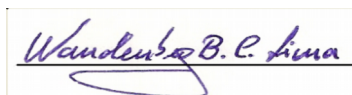
Obs.: A qualquer tempo poderão ser efetuados pela equipe de Assistência Estudantil, entrevistas e visitas domiciliares para acompanhamento do (a) estudante beneficiado pelo Programa de Alimentação e Transporte.

9. DO RESULTADO: provável divulgação no dia 26 de agosto de **2016**.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1** – A documentação incompleta causará o indeferimento da inscrição;
- 10.2** – O aluno poderá receber mais de um auxílio simultaneamente de acordo com avaliação socioeconômica realizada pelo Serviço Social;
- 10.3** – O candidato que desejar interpor recursos contra o resultado divulgado poderá fazê-lo no prazo de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas da publicação do resultado, através de processo fundamentado, que deverá ser protocolado, via SUAP, na recepção do *Campus*.
- 10.4** – Esclarecimentos e maiores informações poderão ser obtidos na Coordenação de Assistência Estudantil do campus - Fone: (083) 2102-6207
- 10.5** – A Diretoria de Ensino e a Coordenação de Assistência Estudantil reservam-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital;

Campina Grande, 20 de julho de 2016.



Wandenberg Bismarck Colaço Lima
Diretor de Ensino
IFPB *Campus* Campina Grande

ANEXO I-EAD

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

INSCRIÇÃO - 2016

Caro aluno preencha TODO o formulário e APRESENTE A DOCUMENTAÇÃO solicitada, para que não haja prejuízo na avaliação de seu pedido.

I-SERVIÇOS SOLICITADOS (Marque com um X o auxílio que necessita)

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO ()

AUXÍLIO TRANSPORTE ()

II - DADOS PESSOAIS:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

CURSO: _____ MATRÍCULA: _____

SÉRIE (Integrado): _____ MÓDULO (Técnico subsequente): _____ PERÍODO (Superior): _____

TURNO: _____

SEXO: M F

ESTADO CIVIL: _____

CPF: _____

IDENTIDADE/ ORG.EXP: _____ Nº DO CARTÃO DO SUS: _____

ESCOLA DE ORIGEM: PÚBLICA () PRIVADA ()

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO (Rua/Avenida, etc.): _____

Nº: _____ APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____

EMAIL: _____

SE SUA FAMÍLIA RESIDE EM OUTRA CIDADE PREENCHA OS ITENS ABAIXO:

ENDEREÇO RESIDENCIAL DA FAMÍLIA (Rua/Avenida, etc.): _____

Nº _____ APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____

ESTADO: _____

MORADIA DO/A ALUNO/A:

-) SOZINHO
-) FAMÍLIA
-) PARENTES
-) PENSÃO
-) REPÚBLICA

SITUAÇÃO DE MORADIA:

-) CASA PRÓPRIA
-) CASA FINANCIADA
-) CASA ALUGADA
-) CASA CEDIDA
-) OUTROS

III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:

<input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO	<input type="checkbox"/> RECEBE SEGURO DESEMPREGO
<input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU
<input type="checkbox"/> TRABALHO AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO
<input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> AFASTADO
	<input type="checkbox"/> OUTROS _____

QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR:

<input type="checkbox"/> É ARRIMO DE FAMÍLIA (Principal responsável)	<input type="checkbox"/> CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR
<input type="checkbox"/> É DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO.

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE? () SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL É O MEMBRO DA FAMÍLIA? _____

QUAL É O TIPO DE DOENÇA? _____

A RESIDÊNCIA DE SUA FAMÍLIA É:

<input type="checkbox"/> PRÓPRIA E QUITADA
<input type="checkbox"/> PRÓPRIA EM FINANCIAMENTO
<input type="checkbox"/> ALUGADA
<input type="checkbox"/> DE HERDEIROS
<input type="checkbox"/> CEDIDA

COM QUEM VOCÊ RESIDE NA SUA CIDADE DE ORIGEM?

<input type="checkbox"/> PAIS	<input type="checkbox"/> TIOS
-------------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> PAIS E IRMÃOS	<input type="checkbox"/> AMIGOS
<input type="checkbox"/> AVÓS	<input type="checkbox"/> REPÚBLICA, ESPECIFIQUE O Nº DE MORADORES: _____
<input type="checkbox"/> IRMÃOS	<input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____

POSSUI GASTOS COM MORADIA? SIM () NÃO ()

ESPECIFIQUE:

<input type="checkbox"/> ALUGUEL. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> ÁGUA. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> LUZ. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> TELEFONE. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> FINANCIAMENTO DE CASA PRÓPRIA. VALOR: _____

*Apresentar XEROX dos Comprovantes de DESPESAS

COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR - o(a) aluno(a), os pais, os irmãos(as), esposo (a), filhos(as), sogro(a),tio(a), agregados – **todas as pessoas que residem com a família.**

NOME					RENDA
TOTAL DA RENDA FAMILIAR					
TOTAL DE DEPENDENTES DA RENDA					

* Apresentar Xerox da Carteira de Identidade e/ou Certidão de Nascimento e Comprovante de Renda de cada componente familiar

IV. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO (Por que você está solicitando este(s) benefício(s)?)

V. PARECER SOCIAL (Espaço reservado à Assistente Social)

Campina Grande, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da Assistente Social

ANEXO II-EAD

DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

Eu, _____, CPF nº _____, declaro que a renda familiar do aluno(a) _____ é de R\$ _____ mensais, referente aos ganhos obtidos no trabalho de nossa família, composta por _____ pessoas, em atividades conforme abaixo discriminadas:

Membro familiar (pai/mãe ou irmão) _____
Atividade remunerada: _____
Endereço do trabalho: Rua _____ Nº _____ Bairro: _____
Município: _____
Remuneração: _____

Membro familiar (pai/mãe ou irmão) _____
Atividade remunerada: _____
Endereço do trabalho: Rua _____ Nº _____ Bairro: _____
Município: _____
Remuneração: _____

Membro familiar (pai/mãe ou irmão) _____
Atividade remunerada: _____
Endereço do trabalho: Rua _____ Nº _____ Bairro: _____
Município: _____
Remuneração: _____

Membro familiar (pai/mãe ou irmão) _____
Atividade remunerada: _____
Endereço do trabalho: Rua _____ Nº _____ Bairro: _____
Município: _____
Remuneração: _____

Declaro ainda que os valores acima apresentados são verdadeiros e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no desligamento no Programa de Assistência Estudantil do IFPB.

As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) declarante

Testemunhas:

Nome _____ CPF _____

Nome _____ CPF _____