

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

INFORMATIVO

O diretor de extensão do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *campus* de Fortaleza, torna público que estão abertas as inscrições para **AUXÍLIO OCULOS** do Programa de Assistência Estudantil do IFCE-*campus* de Fortaleza, referente ao semestre letivo 2016.2.

1. DO OBJETIVO

Ampliar as condições de permanência do aluno na instituição, apoiar a formação acadêmica dos discentes regularmente matriculados no IFCE-*campus* de Fortaleza, através de auxílios pecuniários, na perspectiva de viabilizar a igualdade de oportunidades, de contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico e de agir preventivamente nas situações de retenção e evasão decorrentes da insuficiência de condições financeiras.

2. DO PÚBLICO-ALVO

Alunos do IFCE-*campus* de Fortaleza, com matrícula e frequência regulares e que se encontram em comprovada situação de vulnerabilidade social.

3. DOS REQUISITOS

- a) O discente deverá ter matrícula e frequência regulares;
- b) O discente deverá comprovar a necessidade de uso de óculos/lentes por meio de prescrição médico-oftalmológica, com validade de seis meses

4. DA INSCRIÇÃO

- a) A inscrição deverá ser realizada por meio do Sistema Informatizado da Assistência Estudantil–SISAE, através do site **sisae.ifce.edu.br**.
- b) O discente deverá preencher o questionário socioeconômico disponível no SISAE, anexando a documentação exigida de acordo com o regulamento da Assistência Estudantil, obedecendo à data estipulada pelo Sistema.

5. DA DOCUMENTAÇÃO

- a) O discente deverá enviar os seguintes documentos pelo SISAE:
 - 1. Cópia do comprovante de renda mensal familiar, caso não o possua, apresentar declaração de renda dos familiares ou do estudante (ANEXOS 2 ou 3);
 - 2. Cópia do comprovante de residência, com validade de até 03 (três) meses;
 - 3. Cópia do documento de identificação com foto, reconhecido por legislação federal;
 - 4. Comprovante do Cadastro de Pessoa Física - CPF;
 - 5. Histórico escolar do IFCE, com autenticação eletrônica ou visto do servidor da Coordenação de Controle Acadêmico – CCA; e

6. Comprovante de inscrição no cadastro único (quando houver);
7. Prescrição médico-ofthalmológica, com validade de 06 (seis) meses;
8. Apresentar 2 (dois) orçamentos de ópticas distintas (ANEXO 4).

6. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O resultado será divulgado Sistema Informatizado da Assistência Estudantil-SISAE.

Em nenhuma hipótese, será prestada informação sobre o resultado por telefone.

7. DOS RECURSOS

Será aberto período para recurso do resultado preliminar nas datas que constam SISAE.

Para solicitar revisão de parecer, o aluno deverá apresentar formulário de recurso preenchido e assinado (ANEXO 1), contendo exposição de motivos a serem avaliados.

8. DO CRONOGRAMA

ATIVIDADE	PERÍODO	LOCAL
Divulgação	A partir de 28/10/2016	SISAE, Site do IFCE/ Campus de Fortaleza e Sistema Acadêmico
Inscrições	28/10 a 21/11/2016	SISAE
Análise dos pedidos	22/11 a 05/12/2016	Coordenadoria de Serviço Social
Recurso	07/12/2016	SISAE
Resultado dos recursos	09/12/2016	SISAE
Resultado final	09/12/2016	SISAE

9. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

a) O pagamento do auxílio poderá ser cancelado a qualquer momento, caso seja comprovada a omissão ou a apresentação de informações falsas que possam ter beneficiado o discente no momento da seleção.

b) O auxílio será pago por meio de transferência eletrônica em conta bancária em nome do estudante, não sendo permitido o crédito em conta conjunta ou de terceiros.

c) O estudante contemplado com o Auxílio Óculos deverá comprovar aquisição de óculos/lentes por meio de nota ou cupom fiscal, no prazo de até 60 (sessenta) dias após o recebimento do referido auxílio. Não serão aceitos recibos de qualquer espécie como forma de comprovação da aquisição;

d) Caso o discente não utilize o auxílio para o fim solicitado ou o tenha recebido indevidamente, deverá devolver o valor por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU);

e) O candidato terá a garantia de sigilo das informações fornecidas.

f) Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenadoria de Serviço Social do IFCE *campus* Fortaleza, em consenso com a Diretoria de Extensão e Relações Empresariais.

Fortaleza, 27 de outubro de 2016.

Ana Maria Nóbrega Cavalcanti

Coordenadora de Serviço Social

Campus de Fortaleza

Antônio Moisés Filho de Oliveira Mota

Diretor do IFCE *campus* de Fortaleza

**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO RELATIVO AO
RESULTADO DA RENOVAÇÃO DE AUXÍLIOS – REGULAMENTO DE
ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFCE**

Instruções:

1. Preencher **TODOS** os campos deste formulário, inclusive local/data e assinatura.
2. Utilizar **LETRA DE FORMA**, caso o preenchimento seja à mão.
3. Entregar **o formulário de interposição de recurso** na recepção *docampus* de Fortaleza.

**RECURSO REFERENTE À RENOVAÇÃO DE AUXÍLIOS ESTUDANTIS DO
SEMESTRE LETIVO 2016.1**

NOME COMPLETO DO REQUERENTE: _____

DOS FATOS (Exponha os motivos que o levaram a discordar do resultado, anexando documentos complementares caso considere necessário):

_____, ____/____/____. .
Local e data

_____.
Assinatura

RESERVADO AO PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

_____, ____/____/____. .
Local e data

_____.
Assinatura

AUTODECLARAÇÃO DO NÃO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA

Eu, _____,
_____, CPF _____, RG _____,
residente na _____, cidade
_____, declaro sob as penas da lei que não exerço
nenhuma atividade remunerada.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, o cancelamento do auxílio, ficando o declarante obrigado a devolver imediatamente os valores indevidamente recebidos e sujeito ainda à aplicação das medidas judiciais cabíveis.

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura do declarante

OBS: Anexar a cópia do Documento de Identidade do(a) declarante

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu, _____, portador do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que trabalho exercendo a atividade _____, auferindo renda mensal aproximadamente no valor de R\$ _____.

Declaro, para os devidos fins de direito que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura

Obs1.: Este modelo só deverá ser usado por quem não tenha outra forma de comprovar renda;

Obs2: Anexar a cópia do Documento de Identidade do(a) declarante.

MODELO DE ORÇAMENTO PARA ÓPTICAS

Razão social da empresa: _____

CNPJ: _____ Endereço: _____

Telefone () _____ Email: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura do (a) Gerente/Vendedor (a)

Carimbo da loja