



**DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
SERVIÇO SOCIAL**

SAIBA COMO SOLICITAR O AUXÍLIO ÓCULOS

Acessar o SISAIE, clicar na oferta do Auxílio Óculos, na aba PROCESSO DE INSCRIÇÃO e fazer a inscrição:

1- Preencher total e corretamente o FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO (Caracterização) – no espaço GRUPO FAMILIAR informar todas as pessoas que residem com você;

2- Anexar cópia da seguinte **documentação**:

- a) **Comprovante de residência** atualizado (deve ser datado de até 3 meses da data da inscrição);
- b) **Comprovante de RENDA** dos membros da família **maiores de 18 anos**, inclusive você. Caso não possua comprovante anexar a DECLARAÇÃO DE RENDA (Anexo II). **Atenção!** Caso algum membro do grupo familiar, maior de 18 anos, inclusive você, não possua renda, você deve anexar a DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI (Anexo III) no mesmo campo de Comprovante de Renda/Ausência de Renda;
- c) Comprovante de recebimento do Programa Auxílio Brasil (se houver) e for informado na Caracterização.
- d) Dados bancários no seu nome (se houver). **NÃO INFORME CONTA DE OUTRA PESSOA** (pai, mãe, irmão), a conta deve ser no seu nome.
- e) **CÓPIA DA PRESCRIÇÃO DO OFTALMOLOGISTA (Art, 34 do RAE)** – (a consulta tem validade de 6 meses – ou seja, após o dia da consulta você tem seis meses para solicitar o auxílio -, deve conter **data, carimbo e assinatura do médico**). **ATENÇÃO! Não é aceita a prescrição por Optometrista;**
- f) **03 ORÇAMENTOS DE ÓTICAS DISTINTAS (Anexo I – Modelo de orçamento)**. O orçamento pode ser preenchido em formulário da própria ótica desde que contenha todas as informações que constam no modelo anexo.
- g) Declaração de Responsabilidade por estudante menor de 18 anos (Anexo IV), apenas para estudantes menores de 18 anos.

3 - Finalizar a inscrição. Aparecerá a mensagem INSCRIÇÃO EFETUADA.

IMPORTANTE!

- 1) A compra dos óculos tem que ser feita após a solicitação do auxílio; ou seja, você não pode comprar e depois solicitar. Caso a NOTA ou CUPOM FISCAL contenha data anterior à solicitação você terá que devolver o auxílio.
- 2) **O/a estudante, após o deferimento do auxílio óculos, tem um prazo de 90 dias para comprovar a aquisição por meio de NOTA ou CUPOM fiscal.** O não cumprimento deste prazo impossibilitará o recebimento de qualquer outro auxílio.
- 3) O Auxílio Óculos é concedido respeitando-se o intervalo de 12 meses.
- 4) As declarações podem ser manuais – você pode escrever o texto, conforme modelo, preencher e assinar.

INFORME-SE! O Serviço Social tem 30 dias, a partir da data da inscrição, para analisar e responder a sua solicitação e encaminhar a folha de pagamento ao setor financeiro.

DÚVIDAS? Envie e-mail para: s.servicosocial.igu@ifce.edu.br



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

Campus
Iguatu

ANEXO I - MODELO DE ORÇAMENTO PARA AS ÓTICAS

Razão social da empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone () _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR

(Local e data)

Assinatura Gerente/ Funcionário

Carimbo da loja

ANEXO II – 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, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____, ____/____/____
Cidade, data

Assinatura

Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de renda.



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

Campus
Iguatu

ANEXO III - DECLARAÇÃO DE QUE **NÃO** POSSUI RENDA

Eu, _____, portador do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que não exerço atividade remunerada e não possuo nenhuma outra fonte renda atualmente.

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

_____, ____/____/____
Cidade, data

Assinatura



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

Campus
Iguatu

**ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES
PRESTADAS PELO/A DISCENTE MENOR DE IDADE**

Declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelas informações prestadas por _____, estudante do Curso _____ matrícula _____, CPF _____. Declaro, ainda, estar ciente de que a inveracidade das informações, ora expressas, implicará prejuízos consoante no Regulamento de Auxílios Estudantis do IFCE, vigente no momento.

_____, ____/____/____
Cidade, data

Assinatura do (a) responsável legal

CPF: _____._____._____-_____