

PROGRAMA DE AUXÍLIOS ESTUDANTIS DO IFCE

COMUNICADO

O Serviço Social do *Campus* Juazeiro do Norte comunica, que a partir de **13/11/2023** estará aberta a oferta do **Auxílio Óculos 2023.2** no Sistema Informatizado de Assistência Estudantil – SISAE.

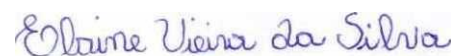
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- **Termo de responsabilidade assinado por um dos pais**, caso o(a) estudante seja menor de idade;
- **Comprovante de residência** (em nome de um dos moradores da residência);
- **Comprovação de renda dos maiores de 18 (dezoito) anos do grupo familiar:**
Não possui renda **ou** possui renda informal – QUADRO DE OCUPAÇÃO (ver anexos).
Possui renda formal: contracheque, extrato do INSS, contrato de trabalho, declaração de imposto de renda, entre outros.
Recebimento de pensão alimentícia (ver anexos).
- **Comprovante do Programa Bolsa Família com nome, data e valor**, caso a família receba o benefício;
- **Receita/Prescrição Oftalmológica** (não pode ser emitida por optometrista, somente por médico oftalmologista) – com validade de até 06 (seis) meses; e
- **03 (três) orçamentos de óticas distintas** (ver modelo anexo).

ATENÇÃO: os documentos apresentados devem ser datados dos últimos 03 (três) meses.

O QUE É IMPORTANTE SABER?

- I. Os óculos/lentes **só podem ser comprados após a data da concessão do auxílio no SISAE** e não serão aceitos comprovantes (nota/cupom fiscal) com data anterior.
- II. Após a compra é obrigatório anexar no SISAE a nota/cupom fiscal com a identificação do comprador (estudante) em até 90 dias.
- III. Não é possível aceitar recibo, ordem de serviço ou qualquer outro tipo de comprovante, **apenas nota/cupom fiscal.**
- IV. Caso o(a) estudante não possua a nota/cupom fiscal, terá que devolver o valor do auxílio através do pagamento de GRU - Guia de Recolhimento da União ou ficará impedido(a) de receber qualquer outro auxílio até regularizar a pendência.
- V. Se a nota/cupom fiscal anexada no SISAE tiver valor inferior ao do auxílio recebido, o(a) discente terá que devolver a diferença também através do pagamento de GRU.
- VI. Se a solicitação do(a) discente for INDEFERIDA por problemas na documentação, ele(a) poderá se inscrever novamente com a documentação corrigida.
- VII. **O valor máximo do auxílio é R\$ 886,56 (oitocentos e oitenta e seis reais e cinquenta e seis centavos). Caso os óculos/lentes tenham valor superior, o(a) discente deve arcar com o restante da despesa.**



Elaine Vieira da Silva
Assistente Social

Chefe do Departamento de Assuntos Estudantis



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO(A) DISCENTE MENOR DE IDADE

Declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelas informações prestadas no Sistema Informatizado de Assistência Estudantil – SISAE por _____, estudante do Curso _____ Matrícula nº _____ e CPF nº _____.

Declaro, ainda, estar ciente de que a iveracidade das informações, ora expressas, implicará prejuízos constantes no Regulamento de Concessão de Auxílios Estudantis do IFCE, vigente no momento.

_____, _____ de _____ de 2023.
(cidade) (dia) (mês)

Assinatura do (a) responsável legal
CPF:

**DECLARAÇÃO DE OCUPAÇÃO E RENDA DOS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR MAIORES DE 18 (DEZOITO) ANOS
QUE NÃO POSSUEM RENDA ou POSSUEM RENDA INFORMAL**

Declaro para os devidos fins que não possuo vínculo formal de trabalho e à atual condição de trabalho e renda é:

Nº	Nome completo	Idade	Grau de parentesco como(a) estudante	Situação Profissional: 1. Estudante 2. Nunca trabalhou 3. Desempregado 4. Trabalho sem vínculo trabalhista	Caso exerça algum trabalho sem vínculo formal, informar qual.	Renda (R\$)	Assinatura do(a) membro(a) do grupo familiar
01				PRÓPRIO ESTUDANTE			
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							

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

_____, ____ de _____ de 2023.
(cidade) (dia) (mês)

Assinatura do(a) estudante ou responsável legal
(quando o(a) estudante for menor de idade)



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Plácido Aderaldo Castelo, 1646 - Bairro Planalto - CEP 63040-540 - Juazeiro do Norte - CE

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu _____, responsável pelo(a) estudante
_____, declaro para os devidos fins que, recebo pensão
alimentícia pelo(s) menor(es) identificados(as) abaixo:

Nº	NOME	VALOR
01		
02		
03		
04		
05		
TOTAL:		

_____, _____ de _____ de 2023.
(cidade) (dia) (mês)

CPF °
Assinatura do(a) declarante
(conforme documento de identificação)

MODELO DE ORÇAMENTO

Timbre

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone () _____ FAX () _____

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA	QTD.	UND. (R\$)	SUBTOTAL (R\$)
01					
02					
03					
04					
05					
06					

_____, ____ de _____ de 2023.

Assinatura Gerente/ Funcionário

Carimbo da Empresa