

Data de entrada da Candidatura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Válida até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de Candidatura: \_\_\_\_/\_\_\_\_

A PREENCHER PELA AFA:

Data de Admissão pretendida: \_\_\_\_\_

Cumpe critérios: ☐ Existe vaga – Data de Admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Lista de Candidatos – Pontuação: \_\_\_\_\_

☐ Anulada a Candidatura pela Família – Motivo: \_\_\_\_\_

Não cumpre critérios ☐ - Encerramento do processo a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

## FICHA DE CANDIDATURA

RESPOSTA SOCIAL: \_\_\_\_\_

ANO LECTIVO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_

### PARTE I – A PREENCHER PELO RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA

#### A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou Previsto para: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

## B- FILIAÇÃO

**NOME DA MÃE:** \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Tlf./Tlm.: \_\_\_\_\_ E-mail.: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Já exerceu voluntariado na AFA: ☐ Sim ☐ Não

**NOME DO PAI:** \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Tlf./Tlm.: \_\_\_\_\_ E-mail.: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Já exerceu voluntariado na AFA: ☐ Sim ☐ Não

## C – CARATERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO (Quando aplicável)
Sub-total:				
Outros rendimentos:				
TOTAL:				

**DESPESAS MENSAIS FIXAS**

Imposto sobre rendimento:	
Taxa social única:	
Prestação/Renda da Habitação:	
Transportes públicos:	
Medicação de uso continuado em caso de doença crónica:	
Pensões de Alimentos:	
<b>TOTAL:</b>	

Agregado familiar beneficiário do Rendimento Social de Inserção (RSI): ☐ Sim ☐ Não

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OS DADOS APRESENTADOS SÃO VERDADEIROS E NÃO OMITEM QUALQUER INFORMAÇÃO.**

**O/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DECLARO QUE AUTORIZO A INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS PARA EFEITOS DE ELABORAÇÃO DE PROCESSO INDIVIDUAL DE CLIENTE.**

**O/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## D – CARATERIZAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Criança com Necessidades Educativas Especiais: ☐ Sim ☐ Não

SE Sim, especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Irmãos a frequentar a AFA: ☐ Sim ☐ Não - SE Sim, especifique.

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Resposta Social: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Resposta Social: \_\_\_\_\_

## E – MOTIVOS DA CANDIDATURA

Motivo da Candidatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo porque escolheu a AFA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## F – RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA

Candidatura efetuada por: ☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTRO – QUAL: \_\_\_\_\_

**QUEM CONTATAR:** ☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTRO - Se respondeu outro, especifique:

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Tlf./Tlm.: \_\_\_\_\_ E-mail.: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O/A RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA: \_\_\_\_\_

\* O preenchimento da parte da candidatura que lhe é destinado **TERMINA AQUI.**

\* **No caso de pretender saber qual a mensalidade que lhe será aplicada, atente na entrega obrigatória de documentos indicada na página seguinte, essenciais ao apuramento desse valor.**

## PARTE II - A PREENCHER PELO/A COORDENADOR/A PEDAGÓGICO/A E DIREÇÃO

### A - ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- ☐ Cumpre os critérios de admissão;
- ☐ Não cumre os critérios de admissão – Justificação: \_\_\_\_\_

### B – ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO	PONTUAÇÃO	ASSINALAR O QUE SE VERIFICA	PONTUAÇÃO
Vulnerabilidade Social e Económica – Famílias de Baixos Recursos	20	<input type="checkbox"/>	
Inexistência de suporte familiar	18	<input type="checkbox"/>	
Irmãos a frequentar as Respostas Sociais da AFA	15	<input type="checkbox"/>	
Filho/a de funcionários da AFA	13	<input type="checkbox"/>	
Membro de família monoparental	12	<input type="checkbox"/>	
Pais e/ou Encarregado de Educação/Significativo residente(s) ou que exercem atividade profissional em Fermentelos ou freguesias limítrofes	10	<input type="checkbox"/>	
Filho/a de sócio ativo da AFA	08	<input type="checkbox"/>	
Filho/a de quem demonstrou um contributo pessoal e ativo para o funcionamento e melhoria contínua da Organização (membros de órgãos de gestão, fundadores da AFA e outros voluntários)	04	<input type="checkbox"/>	
PONTUAÇÃO TOTAL			

**C – PARECER TÉCNICO**

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O/A Coordenador/a Pedagógico/a \_\_\_\_\_

**D – PARECER DA DIREÇÃO:**

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rubrica do/a Presidente da Direção: \_\_\_\_\_

**PARTE III - A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS**

**A - VISITA ÀS INSTALAÇÕES**

☐ Sim;

☐ Não, o/a responsável pela candidatura assim o entendeu;

Observações:

**B – COMPROVATIVO DA RECEÇÃO DOS DOCUMENTOS**

	DOCUMENTAÇÃO	DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO/A COLABORADOR/A
⇒	<input type="checkbox"/> BI/CC/Autorização de Residência do/a candidato/a	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Comprovativo de emprego em Fermentelos ou freguesia limítrofes por parte dos pais e/ou encarregado/a de educação (quando aplicável)	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Comprovativo de sócio do/a Encarregado/a de Educação e/ou Significativo (quando aplicável)	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Comprovativo da morada (quando aplicável)	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> Declaração de IRS (anexos e nota de liquidação)	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> 3 Últimos recibos de vencimento	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com a habitação	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com transportes públicos	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	___/___/___		

**SE O/A ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO NÃO PRETENDER ENTREGAR O(S) DOCUMENTO(S) COMPROVATIVO(S) DO RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO E/OU DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR, ASSINALE QUAL(AIS), (POR FORMA A NÃO ANULAR A CANDIDATURA):**

DOCUMENTAÇÃO RELATIVA AO AGREGADO FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> Declaração de IRS (anexos e nota de liquidação)	<input type="checkbox"/> 3 Últimos recibos de vencimento
<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com a habitação	<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com transportes públicos
<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica	
<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	
Encarregado/a de Educação/Significativo: _____ Data: ___/___/___	

**B – CÁLCULO DA MENSALIDADE / COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR** (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS)

NOME	PARENTESCO	RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR
	Subtotal:	
	Outros rendimentos:	
	Total:	

CÁLCULO DA MENSALIDADE/COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR

$$RC = \frac{RAF}{12 - D}$$

Estabelecimento de Educação Pré-escolar:

$$R = \frac{RF - D}{12 N}$$

**RC:** Rendimento *per capita* mensal

**RAF:** Rendimento do agregado familiar

**D:** Média das despesas mensais fixas do agregado familiar

DESPESAS MENSAIS FIXAS	
Imposto sobre rendimento:	
Taxa social única:	
Prestação/Renda da Habitação:	
Transportes públicos:	
Medicação de uso continuado em caso de doença crónica:	
Pensões de Alimentos:	
TOTAL:	

Escalões de rendimento mensal *per capita* de acordo com a RMM

% Cálculo da Comparticipação Familiar	1º Até 30% da RMN	2º De 30% a 50% da RMM	3º De 50% a 70% da RMM	4º De 70% a 100% da RMM	5º De 100% a 150% da RMM	6º Mais de 150% da RMM
CRECHE	15%	22,5%	27,5%	30%	32,5%	35%
EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR	15%	22,5%	27,5%	30%	32,5%	35%
CATL de conciliação familiar	15%	17%	19%	21%	23%	25%

**RMM:** Remuneração Mínima Mensal



OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

---

---

---

Rendimento *per capita* mensal: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €      Escalão: \_\_\_\_\_      Percentagem a atribuir: \_\_\_\_\_

MENSALIDADE/COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR APURADA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € ( \_\_\_\_\_ )

Parecer da Direção: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_