

**SEÇÃO JUDICIÁRIA DO PARÁ**

ANEXO I

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

BENEFICIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – LOAS

**NOME:**

1. **Qual é a sua idade? anos**
2. **Você já exerceu alguma profissão? ( )sim ( )não. Qual? Quando parou de trabalhar?**
3. **Qual é a sua formação? Estudei até ( )série ou ( )ano / Sou formado em**
4. **Quantas pessoas moram com você na mesma casa? pessoas**

Preencha o quadro abaixo indicando nome, idade, grau de parentesco e profissão das pessoas que vivem com você na mesma casa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOME** | **IDADE** | **GRAUDEPARENTESCO** | **PROFISSÃO** | **CPF** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

1. **Das pessoas acima, quantas trabalham ou tem alguma ocupação que lhes renda algum dinheiro? Quem?**
2. **Qual a renda mensal aproximada de sua família?**
3. **Alguma das pessoas que vivem com você na mesma casa recebe algum benefício (aposentadoria, pensão, etc.) do INSS ou de outro órgão do governo? Em caso positivo, qual o tipo de benefício, quem e quanto recebe?**

Marque um X nos itens correspondentes:

1. **Sua família tem outra fonte de renda? ( )sim ( )não. Qual?**

**( )Bolsa-família no valor de R$**

( )Cesta(s) básica(s), recebida(s) de

( )Pensão alimentícia no valor de R$ , paga por

( )Outros. Especificar, inclusive o valor:

1. **A casa onde você mora é:**

( )própria;

( )alugada;

( )emprestada – mora de favor.

1. **Qual é o valor do aluguel da sua casa? R$**
2. **Você sabe qual é o tamanho de sua casa? ( )NÃO;**

( )SIM, minha casa tem mais ou menos m2.

1. **Sua casa é feita de:**

( )blocos e cimento;

( )madeira;

( )taipa;

( )palha;

( )outro material.

1. **Indique quantos cômodos tem sua casa:**

( )quartos;

( )salas;

**( )cozinha;**

**( )banheiro;**

**( )quintal;**

( )garagem.

1. **Sua casa tem algum dos móveis e/ou eletrodomésticos abaixo? Quantos? ( )sofá;**

( )televisão;

( )DVD;

( )cama;

( )estante;

( )guarda-roupa;

( )fogão;

( )geladeira;

( )ar-condicionado.

1. **Indique quanto você e as pessoas que moram em sua casa gastam por mês com:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESPESA** | **CUSTO MENSAL** |
| **Água** |  |
| **Alimentação** |  |
| **EnergiaElétrica** |  |

1. **Você é portador de alguma doença/deficiência física ou psíquica?( )sim ( )não. Qual?**
2. **Essa doença/deficiência física lhe impede detrabalhar? ( )SIM;**

( )NÃO.

1. **Você tem condições de realizar normalmente as tarefas de casa (tomar banho, vestir-se, comer, ir à feira,etc.) sem a ajuda de outras pessoas?**

( )SIM.

( )NÃO, mas não tenho ajuda;

( )NÃO. Eu recebo ajuda de

1. **Você precisa tomar medicamentos habitualmente? Quais? ( )NÃO**

( )SIM

1. **Os medicamentos que você toma são comprados ou fornecidos por posto de saúde ou hospital público?**
2. **Qual o valor da despesa mensal com os medicamentos? R$**

Av.BarãodoRioBranco,1893-BairroJardimSantarém-CEP68005-396-Santarém-PA-[www.trf1.jus.br/sjpa/](http://www.trf1.jus.br/sjpa/)

0000943-72.2023.4.01.8010 17376544v5