|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DA OSC:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **NOME COMPLETO:** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** |  | | | | | | | | | | **RG:** |  | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTOO:** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **BAIRRO:** | |  | | | | | | **CIDADE:** | |  | | | | **UF:** | |  |
| **CEP:** |  | | | | | **TELEFONE:** | | |  | | | | **ESTADO CIVIL:** | |  | |
| **N° DE FILHOS:** | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO FAMILIAR** |

|  |
| --- |
| * 1. **Quantos membros da sua família moram com você?** |
| ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) mais de 5 |

|  |
| --- |
| * 1. **Quadro Familiar** |
| Abaixo deverão ser lançados dados sobre sua família de origem. VOCÊ INCLUSIVE.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **NOME** | **IDADE** | **ESCOLARIDADE** | **PARENTESCO** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **DEMONSTRATIVO DO AUMENTO DA RENDA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **RENDA ANTES DO USO DOS BENS** | | **RENDA APÓS O USO DOS BENS** | | | **Mês\Ano20XX** | **Valor:** | **Mês\Ano 20XX** | **Valor:** | | Janeiro |  | Janeiro |  | | Fevereiro |  | Fevereiro |  | | Março |  | Março |  | | Abril |  | Abril |  | | Maio |  | Maio |  | | Junho |  | Junho |  | | Julho |  | Julho |  | | Agosto |  | Agosto |  | | Setembro |  | Setembro |  | | Outubro |  | Outubro |  | | Novembro |  | Novembro |  | | Dezembro |  | Dezembro |  |   Anexar os comprovantes de venda e recebimento, ou contrato de abastecimento para os programas PAA,PREME,PNAE. |

**ASSINATURA DO ASSOCIADO/COOPERADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **PESQUISA DE SATISFAÇÃO** |

|  |
| --- |
| 1. **Você participou ou teve conhecimento do processo de elaboração do projeto pleiteado pela NOME DA OSC junto ao Fundo de Promoção Social à época do Edital nº XX/XXXX-FPS?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| 1. **Você teve conhecimento que a (nome da OSC) recebeu o recurso de R$ XXX.XXX,XX do Governo do Estado do Amazonas para (citar o objetivo geral)?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| 1. **Você soube/participou de alguma orientação técnica promovida pela *OSC*?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| 1. **O projeto tem beneficiado você enquanto participante das ações ?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| 1. **A sua renda aumentou com a execução do projeto? Em quanto?** |
| ( ) Sim, valor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não |

|  |
| --- |
| 1. **Você está satisfeito com a execução do projeto?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| 1. **O que poderia ser melhorado na execução do projeto?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

XXXXXXXXX, XX de XXXXXXX de XXXX.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Associado/Cooperado**