**ANEXO I**

**A) COMPOSIÇÃO SITUAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR (INCLUIR TODOS OS MEMBROS RESIDENTES NO MESMO DOMICÍLIO, INCLUSIVE O CANDIDATO/A, MESMO QUE MORANDO FORA DO DOMICÍLIO).**

| **Nome** | **CPF (O número do cpf é opcional para pessoas até 14 anos)** | **Grau de Parentesco/vínculo** | **Idade** | **Escolaridade** | **Profissão ou Ocupação (formal ou informal / aposentadoria)** | **Renda Mensal** | **Outras Fontes (Auxílio Brasil, aluguel de imóvel, ajuda familiar etc)** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
| **Atividade** | **Renda** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**B) INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR RESIDENTE NO MESMO DOMICÍLIO**

| **Nome** | **Parentesco/ Vínculo** | **Pessoa com deficiência** | **Doença (crônica/agravos)** | **Possui dificuldade em acessar o tratamento** | **Plano de saúde** | **Valor do Plano** | **Despesa com Saúde Mensal Total (incluindo remédios)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |
|  |  | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** | **[ ] Não [ ]sim** |  |  |