

**DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
SETOR DE SERVIÇO SOCIAL**

**ORIENTAÇÕES PARA A SOLICITAÇÃO DO
AUXÍLIO ÓCULOS**

Conforme o Regulamento de Auxílios Estudantis do IFCE (RAE), aprovado pela Resolução CONSUP/IFCE Nº 24, de 01 de março de 2023, no Art 9, o Auxílio Óculos subsidia despesas para a aquisição de óculos/lentes para corrigir distorções ópticas.

REQUISITOS ESPECÍFICOS:

Art 13 – V – “Comprovar a necessidade de uso dos óculos/lentes por meio da apresentação de prescrição médico-oftalmológica, com validade de até 6 (seis) meses. A validade da consulta é de 6 meses”.

Não será aceita a prescrição datada há mais de seis meses do dia da sua solicitação do auxílio óculos no SISAE. A inscrição é INDEFERIDA.

PROCEDIMENTOS (Art. 12):

1- Inscrição no SISAE

Acessar o SISAE, clicar na oferta do Auxílio Óculos, NOVA DE INSCRIÇÃO e fazer a inscrição:

2- Preenchimento total da CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, disponível no SISAE.

No espaço GRUPO FAMILIAR informar todas as pessoas que residem com você. Ao clicar em ADICIONAR aparecerá uma página para informar nome, escolaridade, data do nascimento e outras informações de cada membro da família.

3- Apresentação de documentação comprobatória completa no SISAE, no campo correto.

Anexar foto ou arquivo em pdf da seguinte documentação:

a) **Comprovante de residência** atualizado (deve ser datado de até 3 meses da data da inscrição);

b) **Comprovante de RENDA FORMAL** (Servidor Público, Trabalhador/a com Carteira Assinada, Aposentados; Pensionistas);

Comprovante de RENDA INFORMAL e de **QUE NÃO POSSUI ATIVIDADE REMUNERADA** dos membros da família **maiores de 18 anos**, inclusive você: Anexar a **DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE TRABALHO E RENDA** (Anexo II). **Atenção!** todos os comprovantes e a declaração devem ser anexadas no mesmo campo de Comprovante de Renda/Declaração da condição de Trabalho e Renda;

c) **Comprovante de recebimento do Programa Bolsa Família** (se houver) e se for informado na Caracterização.

d) **Dados bancários no seu nome** (se houver). **NÃO INFORME CONTA DE OUTRA**

PESSOA (pai, mãe, irmão), a conta deve ser no seu nome. Caso não tenha conta em seu nome, aguarde a divulgação do resultado, se for DEFERIDO, abra uma conta e informe os dados no SISAE.

e) **CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICO-OFTALMOLÓGICA** – (a consulta tem validade de 6 meses, deve conter **data, carimbo e assinatura do médico**). **ATENÇÃO!** Verifique se o/a profissional que lhe atendeu é médico-oftalmologista.

f) **03 ORÇAMENTOS DE ÓTICAS DISTINTAS (Anexo I – Modelo de orçamento)**. O orçamento pode ser preenchido em formulário da própria ótica desde que contenha todas as informações que constam no modelo anexo.

g) **Declaração de Responsabilidade** por estudante menor de 18 anos (Anexo III), apenas para estudantes menores de 18 anos.

4 - Finalizar a inscrição. Aparecerá a mensagem INSCRIÇÃO EFETUADA.

5- Acompanhe a sua inscrição.

O/a estudante, após o deferimento do auxílio óculos, tem um prazo de 90 dias para comprovar a aquisição por meio de NOTA ou CUPOM fiscal em seu nome ou no nome do responsável quando for menor de 18 anos .(Art. 24 do RAE).

O não cumprimento deste prazo impossibilitará o recebimento de qualquer outro auxílio.

Caso tenha a sua inscrição INDEFERIDA veja o motivo do indeferimento colocando o cursor sobre a palavra do status.

IMPORTANTE!

1) A compra dos óculos tem que ser feita após a solicitação do auxílio; ou seja, você não pode comprar e depois solicitar. Caso a NOTA ou CUPOM FISCAL contenha data anterior à solicitação você terá que devolver o auxílio.

2) O Auxílio Óculos é concedido respeitando-se o intervalo de 12 meses.

INFORME-SE! E, em caso de DÚVIDAS, envie e-mail para: s.servicosocial.igu@ifce.edu.br

ANEXO I

ANEXO I - MODELO DE ORÇAMENTO PARA AS ÓTICAS

Razão social da empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone () _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR

(Local e data)

Assinatura Gerente/ Funcionário

Carimbo da loja

ANEXO II

DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE TRABALHO E RENDA DOS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR
(Para quem tem 18 anos ou mais, não possui atividade remunerada, ou possui trabalho informal)

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

MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR MAIORES DE 18 ANOS (inclusive o/a estudante)						
Nome completo	Idade	Grau de parentesco em relação ao estudante	Situação profissional 1. Estudante 2. Nunca trabalhou 3. Desempregado 4. Trabalho sem vínculo formal	Caso exerça algum trabalho sem vínculo formal, informar qual.	Renda (R\$)	Assinaturas

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

_____, ____/____/____
(Local e Data)

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

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO DISCENTE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____, declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelas informações prestadas por _____, estudante do Curso _____, Matrícula Nº _____, CPF Nº _____.

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

_____, ____/____/_____.
(Local e data)

Assinatura do/a declarante (conforme documento de identificação)