



Movimento Pelo Direito à Moradia

Filiado à **Facesp**
Federação das Associações Comunitárias
do Estado de São Paulo



FICHA UNIFICADA DE CADASTRAMENTO E ASSOCIAÇÃO

Nº de inscrição na COHAB _____

Nº de Inscrição do Associado _____

Nome Completo: _____

RG _____ UF Emissor _____ CPF _____

Data Nasc. ____/____/____ Naturalidade _____ UF _____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

Estado Civil: Solteiro (a) (___) Casado (a) (___) Viúvo (a) (___) Divorciado (a) (___)

Nome completo da mãe: _____

Endereço: _____ Nº. _____

Bairro: _____ Cep: _____ - _____

Correio Eletrônico: _____

Região: _____ Sub-Prefeitura: _____

Telefone Res.: _____ Comercial: _____ Celular: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Tipo de Trabalho: Empregado com registro (___) Empregado sem registro (___)

Autônomo com registro (___) Autônomo sem registro (___) Temporário (___) Aposentado (___)

Funcionário Público: (___) Federal (___) Estadual (___) Municipal (___) Desempregado (___)

Tempo de trabalho _____ Anos () Meses ()

Renda Individual: _____ Renda Familiar: _____

Endereço do trabalho: _____ Nº. _____

Bairro: _____ Cep: _____ - _____ Região: _____

Sub-Prefeitura: _____ Telefone: _____

Nome: (Conjuge ou Companheiro(a)) _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Tipo de Trabalho: Empregado com registro () Empregado sem registro () Autônomo com registro ()
 Autônomo sem registro () Temporário () Aposentado () Desempregado ()
 Funcionário Público: () Federal () Estadual () Municipal ()
 Tempo de trabalho _____ Anos () Meses ()
 Renda Individual _____ Correio eletrônico: _____

Condição de Moradia: Alugada () Cedida () Ocupada () Outros () _____
 Tipo de moradia: Casa () Apartamento () Casa em favela () Outros () _____
 Tempo de residência no bairro: _____ No Município: _____
 Já foi atendido por outro programa habitacional? Sim () Não () qual _____
 Gastos mensais com moradia: Aluguel: R\$ _____ Condomínio: R\$ _____
 Água: _____ Luz: _____ Gás: _____ Telefone: _____
 Recurso disponível (R\$) Não Possui () Poupança () FGTS () Recursos próprios ()

Relação dos Componentes da Família e do Titular e Dados Financeiros

Nome dos Familiares	Parentesco	Data Nasc.	Escolaridade	Renda	CPF
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

Tipo de necessidades especiais (deficiência) Visual () Auditiva () Mental () Outras ()
 Grau de parentesco _____ Não Possui ()

Núcleo onde participa da Reunião do MDM _____

Declaro estar de acordo com as normas, regulamentos e procedimentos de funcionamento do MOVIMENTO PELO DIREITO À MORADIA – MDM.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Associado (a)

Assinatura do Coordenador Responsável