As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.

CENSO SUAS 2018

Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico das Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de **01 de outubro a 23 de novembro.**

O Órgão Gestor deverá coletar informações sobre todas as unidades executoras que ofertam Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora vinculados à política de assistência social do município, inclusive de entidades que não possuem convênio com o poder público, mas atuam no campo da assistência. Recomenda-se que os dados sejam coletados, preferencialmente, por meio de visita às Unidades. No caso de Unidades executoras pertencentes ao governo estadual, caberá à Secretaria Estadual coletar as informações e preencher o respectivo questionário eletrônico.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/ , pelo 0800 707 2003, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.município / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/.

Atenção!

Este questionário deve ser preenchido para as Organizações da Sociedade Civil (Unidades Não-Governamentais) e para as Unidades Governamentais que ofertem Serviço de Família Acolhedora.

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO SERVIÇO DE FAMÍLIA ACOLHEDORA

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de crianças e adolescentes afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. O serviço é o responsável por selecionar, capacitar, cadastrar e acompanhar as famílias acolhedoras, bem como realizar o acompanhamento da criança e/ou adolescente acolhido e sua família de origem.

O serviço deverá ser organizado segundo princípios, diretrizes e orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente e do documento "Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes", sobretudo no que se refere à preservação e à reconstrução do vinculo de parentesco (irmãos, primos, etc.) numa mesma família. O atendimento também deve envolver o acompanhamento às famílias de origem, com vistas à reintegração familiar.

É destinado a crianças e adolescentes, inclusive aqueles com deficiência, aos quais foi aplicada medida de proteção, por motivo de abandono ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. O serviço é particularmente adequado ao atendimento de crianças e adolescentes cuja avaliação da equipe técnica indique possibilidade de retorno à família de origem, nuclear ou extensa. (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – CNAS 2009)

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, acesse o link abaixo:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS

Nome da Unidade: _____

Informe o Tipo de Logradouro (rua, avenida, praça, rodovia etc.) _____

Endereço (nome da rua, da avenida etc.):_____

Número: _____ **Complemento:**_____ **Bairro:**_____

Ponto de Referência:_____

CEP: |__|__|__|__|__|-|__|__|__| **Município:** _____ **UF:** _____

E-mail:_____

DDD – Telefone: |__|__|- |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Ramal**: |__|__|__|__| **Fax:** |__|__|__|__|__|__|__|__|

Data de Implantação da unidade: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Indique o público atendido: ***(marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)***

|__| Crianças/adolescentes
|__| Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência

2. Indique a Natureza da Unidade: ***(marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)***

|__| Governamental ***(pule para questão 5)***
|__| Não Governamental/Organização da Sociedade Civil

3. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:

|__|__|.|__|__|__|.|__|__|__|/|__|__|__|__|-|__|__| ***(caso necessário, atualize no CADSUAS)***

4. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? ***(Admite múltipla resposta)***
|__| Sim, com o Estado *(governo estadual)*
|__| Sim, com o município no qual esta unidade se localiza *(com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza)*
|__| Sim, com outros municípios
|__| Não
|__| Não sabe informar

5. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a entidade possui inscrição/registro: ***(admite múltipla resposta)***
|__| Conselho de Assistência Social ***(caso seja "governamental", não marque este item)***
|__| Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
|__| Outros. Qual? _____
|__| Em nenhum dos citados acima

6. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: ***(marcação do sistema)***
|__| Estadual |__| Municipal ***(pule para questão 10)***

7. Em caso de <u>unidades estaduais</u>, esta unidade possui municípios vinculados conforme os parâmetros estabelecidos pela Resolução CIT nº 31/2013?

A Resolução CIT nº 31/2013 estabelece parâmetros para a regionalização das unidades de acolhimento. Em caso de dúvidas, entre em contato com a equipe de Proteção Social Especial ou de Vigilância Socioassistencial do seu Estado.

|__| Sim |__| Não ***(Se Unidade Governamental, pule para questão 9; Se Não-Governamental, pule para a questão 10)***

8. Por favor, informe os municípios vinculados?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

9. Em caso de <u>Unidade Estadual Governamental</u>, indique como está organizada a gestão administrativa desta unidade: ***(Atenção! Esta pergunta só deverá ser respondida por unidades governamentais - resposta única por linha)***

	Responsáveis			Não possui/ Não se aplica
	Estado	Município sede	Municípios vinculados	
Provisão da estrutura física da Unidade (imóvel)	|__|	|__|	|__|	|__|
Provisão de equipamentos e materiais	|__|	|__|	|__|	|__|
Provisão de recursos humanos - equipe de referência	|__|	|__|	|__|	|__|
Provisão de transporte (veículo ou ajuda de custo)	|__|	|__|	|__|	|__|

10. Este Serviço é regulamentado? ***(resposta única)***
|__| Sim, por lei
|__| Sim, por decreto
|__| Sim, por outro instrumento normativo
|__| Não

11. Em que ano este Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora foi implantado? |__|__|__|__|

12. Existe repasse de subsídio financeiro para as famílias acolhedoras deste serviço?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 14)***

13. Qual é o valor do subsídio financeiro repassado às famílias? R$|__||__|.|__|__|__|,|__|__| |__| Não sabe

14. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? ***(Caso não tenha, marcar 0)***

|__|__|__|__|__| |___| Não Sabe

15. <u>Neste momento</u>, quantas crianças/adolescentes estão sendo acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? ***(Caso não tenha, marcar 0)***

|__|__|__|__|__|

16. Informe o sexo e faixa etária das crianças/adolescentes que estão acolhidas na Unidade <u>neste momento</u>: ***(Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)***

Sexo	**Quantidade de crianças e adolescentes acolhidas, segundo as Faixas Etárias (anos de idade)**						
	0 a 2	**3 a 5**	**6 a 11**	**12 a 13**	**14 a 15**	**16 a 17**	**Total**
Masculino	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|
Feminino	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|

17. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas <u>neste momento</u>, informe o tempo que estão no serviço: ***(Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)***

	Crianças e Adolescentes acolhidas, segundo o tempo que estão no serviço								
	Menos de 1 Mês	De 1 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	De 25 a 48 meses	De 49 a 72 meses	Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	Total de Pessoas Acolhidas
Qtd de crianças/ adolescentes	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|__|

18. <u>Nos últimos 12 meses</u>, quantas crianças/adolescentes desta unidade: ***(Caso não tenha, marcar 0)***

	Qtde de Crianças	
retornaram as suas famílias de origem?	|__|__|__| crianças/ adolescentes	|___| Não Sabe
foram encaminhadas a famílias substitutas?	|__|__|__| crianças/ adolescentes	|___| Não Sabe

19. Das crianças/adolescentes <u>NESTE MOMENTO</u> acolhidas, quantas delas: ***(Atenção! Este valor não pode ser maior que a questão 15. Caso não tenha, marcar 0)***

	Qtde de Crianças	
vieram encaminhadas de outro município?	|__|__|__| crianças/ adolescentes	|___| Não Sabe
são pessoas com deficiência que sejam beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC?	|__|__|__| crianças/ adolescentes	|___| Não Sabe
são beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF?	|__|__|__| crianças/ adolescentes	|___| Não Sabe
vieram encaminhadas de Unidades de Acolhimento Institucional para este Serviço de Família Acolhedora?	|__|__|__| crianças/ adolescentes	|___| Não Sabe

20. O serviço possui critérios de sexo para admissão das crianças/adolescentes? ***(marcação única)***

|__| Sim, apenas sexo Masculino |__| Sim, apenas sexo Feminino |__| Não possui critério de sexo para admissão

21. Em relação aos <u>critérios de idade</u> para admissão das crianças/adolescentes, informe:

Qual a Idade mínima para admissão: |__|__| anos |__| Não há idade mínima para admissão

Qual a Idade máxima para admissão: |__|__| anos |__| Não há idade máxima para admissão

22. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, o serviço acolhe grupo de crianças/adolescentes com vínculos de parentesco? ***(marcação única)***

|__| Sim, sempre que há demanda
|__| Algumas vezes
|__| Não acolhe

23. O serviço possui Projeto Político-Pedagógico (PPP)?

|__| Sim |__| Não

24. O serviço mantém Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)?

|__| Sim |__| Não

25. O serviço elabora, para cada criança/adolescente, Plano Individual de Atendimento (PIA)?

|__| Sim |__| Não

26. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço: ***(admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")***

|__| Atividades de mobilização, tais como anúncios, panfletos, entre outros
|__| Palestras/oficinas
|__| Seleção e Preparação das famílias candidatas
|__| Capacitação das famílias
|__| Identificação da família extensa ou ampliada
|__| Estudo diagnóstico das crianças/adolescentes para inclusão no serviço
|__| Encaminhamento para retirada de documentos
|__| Preparação da criança/adolescente para entrada no serviço
|__| Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
|__| Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
|__| Acompanhamento escolar
|__| Acompanhamento na saúde
|__| Viabilização de encontro com a família de origem quando autorizado
|__| Construção de um plano de acompanhamento da família acolhedora
|__| Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
|__| Reuniões em grupo com as famílias acolhedoras
|__| Construção de um plano de acompanhamento da família de origem
|__| Atendimento psicossocial individualizado da família de origem
|__| Reuniões em grupo com as famílias de origem
|__| Visitas domiciliares
|__| Elaboração de relatórios técnicos
|__| Envio de relatório semestral para o Judiciário
|__| Estudo de caso pela equipe do serviço
|__| Encaminhamento para a rede (socioassistencial ou setorial)
|__| Discussão de casos com outros profissionais da rede
|__| Não realiza nenhuma das atividades acima

27. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada?

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

|__| Apenas quando há necessidade
|__| Semestralmente
|__| Trimestralmente
|__| Bimestralmente
|__| Uma vez por mês
|__| Menos que uma vez por mês
|__| A família não é acompanhada

28. Quem realiza o acompanhamento das crianças/adolescentes após o seu desligamento do serviço? *(admite múltipla resposta)*

|__| A própria unidade/serviço de acolhimento
|__| O CREAS
|__| Não sabe informar ***(pule para a questão 30)***
|__| O CRAS
|__| Outro. Qual? _____
|__| Não é realizado acompanhamento ***(pule para a questão 30)***

29.Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento?

|__| menos de 3 meses
|__| de 3 a 5 meses
|__| 6 meses
|__| de 7 a 12 meses
|__| mais de 1 ano

BLOCO 3 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

30. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada <u>Responsável Familiar</u> da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

Atenção! No campo Início do Exercício da Função, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

|__| O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. ***(siga para a questão 31)***

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF					
1)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	
2)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	
3)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	

Atenção!

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba "Pessoa Física" do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora.** Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais,** Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: **http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index6.php**

4 – GESTÃO DE PESSOAS

31. A equipe técnica que trabalha com o Serviço de Família Acolhedora é exclusiva deste serviço?

|__| Todas(os) as(os) profissionais são exclusivos
|__| A maioria das(os) profissionais é exclusiva
|__| A minoria das(os) profissionais é exclusiva
|__| Não há profissionais exclusivas(os) do serviço

32. A(O) coordenador(a) deste Serviço: (*Resposta única*)

|__| exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
|__| acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) neste serviço
|__| acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade
|__| não há coordenador(a) neste serviço

33. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, e carga horária semanal de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF						
1)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
2)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
3)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
4)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
5)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
6)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
7)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
8)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
9)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
10)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
11)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	
12)		|__| F |__| M						|__|	|__|__|	|__|	|__|	|__|	

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Caga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Fundamental Incompleto 2. Fundamental Completo 3. Médio Incompleto 4. Médio Completo 5. Superior Incompleto 6. Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado 2. Terceirizada(o) 3. Outro vínculo não permanente 4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço 5. Voluntária(o) 6. Sem vínculo 7. Servidor(a)/Estatutária(o) 8. Servidor(a) Temporária(o) 9. Empregada(o) Pública(o) Celetista ***(marque esta opção, somente se a unidade for governamental)***	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) 4. Cuidador(a) Residente 5. Auxiliar de cuidador(a) 6. Educador(a) Social 7. Apoio Administrativo 8. Estagiário 9. Cozinheiro(a) 10. Motorista 11. Serviços Gerais ***12. Família Acolhedora (marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)*** 99. Outros	1. Menor que 20 horas semanais 2. 20 horas semanais 3. 30 horas semanais 4. 40 horas semanais 5. Maior que 40 horas semanais

	21 – Sem formação profissional			

ATENÇÃO! As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificada(o) na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data**: ___ / ___ / _____

Cargo/Função: |__| Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade |__| Técnica(o) de Nível Superior da Unidade
|__| Outro

Telefone: (____) _____ **E-mail**: _____

Assinatura: _____

Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ **Data**: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:
|__| Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado
|__| Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
|__| Técnica(o) da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
|__| Outros

Telefone: (____) _____ **E-mail**: _____

Assinatura: _____

Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congênere).