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 Gestão Municipal

Secretaria Municipal de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico da Gestão Municipal deverá ser preenchido pelos municípios no período de **08 de outubro a 30 de novembro.**

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.municipio). 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/

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO GESTOR

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS

Nome que identifica o Órgão Gestor: _____

_____

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc.): _____

Endereço: _____ **Número**: _____

Complemento: _____ **Bairro:** _____

Ponto de Referência: _____

CEP: _____ **Município:** _____ **UF:** _____

E-mail: _____

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

BLOCO 2 – ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

1. **De acordo com a estrutura administrativa do município, o órgão gestor da assistência social caracteriza-se como *(resposta única):***

|__| Secretaria municipal exclusiva da área de Assistência Social ***(pule para a questão 3)***
|__| Secretaria municipal em conjunto com outras políticas setoriais
|__| Fundação Pública ***(pule para a questão 3)***
|__| Setor/Coordenadoria/Assessoria subordinado diretamente ao Gabinete da(o) Prefeita(o) ***(pule para a questão 3)***

2. **A qual secretaria a assistência social está associada? *(Admite múltiplas respostas)***

|__|Educação. |__| Planejamento. |__| Saúde. |__| Habitação. |__| Segurança Alimentar.

|__| Trabalho e/ou Emprego. |__| Direitos Humanos. |__| Outra. Qual? _____.

3. **Indique se as áreas abaixo estão constituídas como <u>subdivisões administrativas</u> (departamentos, gerências, coordenações, etc.) na estrutura do órgão gestor: *(resposta única por linha)***

Áreas ligadas à Gestão	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Gestão do SUAS	|__|	|__|	|__|
Vigilância Socioassistencial (*Inclusive áreas de monitoramento e avaliação*)	|__|	|__|	|__|
Gestão do Trabalho	|__|	|__|	|__|
Regulação do SUAS	|__|	|__|	|__|
Gestão Financeira e Orçamentária	|__|	|__|	|__|

Áreas de Serviços e Benefícios	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Proteção Social Básica	|__|	|__|	|__|
Proteção Social Especial	|__|	|__|	|__|
Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família	|__|	|__|	|__|
Gestão de Benefícios Assistenciais (*BPC, Benefícios Eventuais*)	|__|	|__|	|__|

4. No caso de haver subdivisão administrativa de Proteção Social Especial, ela é desmembrada entre Alta e Média Complexidade? *(Na questão acima, no item* Proteção Social Especial, s*e marcar "Não constituída"*, não deve responder a essa questão.)

|__| Sim, na estrutura formal do órgão gestor
|__| Sim, de maneira informal
|__| A Proteção Social Especial não é desmembrada em Alta e Média Complexidade.

BLOCO 3 – GESTÃO DO SUAS

5. Em que ano ocorreu a última atualização da Lei Municipal de regulamentação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS?

|__|__|__|__| |__| Não possui Lei Municipal de Regulamentação do SUAS ***(pule para a questão 7)***

6. Informe o conteúdo previsto na Lei Municipal de regulamentação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS: *(admite múltiplas respostas)*

|__| Conceituação da assistência social
|__| Funções da assistência social (Vigilância Socioassistencial, Proteção Social, Defesa de Direitos)
|__| Princípios pelos quais a Assistência Social é regida
|__| Diretrizes para organização da Assistência Social
|__| Organização da assistência social por níveis de Proteção Social
|__| Conceituação e Objetivos do SUAS
|__| Público destinatário do SUAS
|__| Previsão do financiamento dos serviços
|__| Previsão do financiamento dos programas e projetos
|__| Previsão do financiamento dos benefícios socioassistenciais
|__| Especificação do órgão da Administração Pública responsável pela coordenação da Política de Assistência Social
|__| Previsão de prazo para regulamentação do funcionamento do Fundo de Assistência Social
|__| Especificação e/ou conceituação dos equipamentos públicos estatais CRAS e CREAS
|__| Especificação e/ou conceituação dos serviços socioassistenciais
|__| Especificação, conceituação e/ou formas de concessão dos benefícios eventuais
|__| Criação e/ou competências do Conselho Municipal de Assistência Social
|__| Criação do Fundo Municipal de Assistência Social
|__| Instituição do Plano Municipal de Assistência Social
|__| Organização das Conferências Municipais de Assistência Social
|__| Instâncias de pactuação
|__| Relação com as Organizações da Sociedade Civil
|__| Organização dos Recursos Humanos (cargos e salários, gratificações, educação permanente, entre outros)
|__| Outros. Qual? _____

7. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Municipal de Assistência Social (PMAS)?

Para responder a questão 7 é importante diferenciar Plano de Assistência Social de Plano de Ação da Assistência Social. O Plano de Assistência Social organiza regula e norteia a execução da PNAS na perspectiva do SUAS, e deve ser elaborado a cada 4 (quatro) anos, de acordo com os períodos de elaboração do Plano Plurianual – PPA (art.19, NOB SUAS 2012). Já o Plano de Ação tem periodicidade anual e deve estar em consonância com o Plano de Assistência Social.

|__|__|__|__| |__| Não Sabe

8. Em quantas reuniões da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), em 2017, houve participação de algum representante do município? *(resposta única)*

|__| 1 vez no ano
|__| De 2 a 3 vezes no ano
|__| De 4 a 6 vezes no ano
|__| De 7 a 10 vezes no ano
|__| Mais de 10 vezes no ano
|__| Nenhuma
|__| Não sabe

9. Em 2018, o município foi incluído no Plano de Apoio Técnico e/ou Plano de Providências do Estado?

|__| Sim |__| Não |__| Não sabe

10. Nos últimos 12 meses, quais formas de apoio técnico o município recebeu do estado? ***(admite múltiplas respostas)***

|__| Produção e distribuição de material técnico
|__| Elaboração, pelo Estado, de normativas e instruções operacionais para orientação dos municípios
|__| Capacitações presenciais (cursos, oficinas, entre outros)
|__| Capacitações à distância
|__| Assessoramento técnico de forma presencial no município (visita/reunião técnica ao órgão gestor ou as unidades)
|__| Assessoramento técnico à distância (telefone, e-mail)
|__| Ida do município ao Estado ou a um lugar indicado pelo Estado (Encontros, reuniões, palestras)
|__| Comunicação via redes sociais
|__| Outras formas. Especifique:_____.

11.Nos últimos 12 meses, quantas visitas de técnicas(os) da Secretaria Estadual de Assistência Social (SEAS) o município recebeu? ***(resposta única)***

|__| Nenhuma.
|__| Uma visita.
|__| Duas a três visitas.
|__| Quatro a seis visitas
|__| Mais de seis visitas.

12. Informe a existência e vinculação administrativa dos Conselhos de Direitos do município abaixo relacionados: ***(Caso não exista no Município, pule para a próxima linha)***

Conselhos	**Existe no Município?**	**Caso exista, é vinculado administrativamente ao Órgão Gestor da Assistência Social?**
Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Direitos do Idoso	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Direitos da Mulher	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Segurança Alimentar	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Direitos LGBT	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Igualdade Racial	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não
Conselho Municipal de Direitos Humanos	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não

13.O órgão gestor possui levantamento ou pesquisa nos últimos doze meses que aponte o número de pessoas em situação de rua no município?

|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 17)***

14. Caso sim, quantas pessoas? |__|__|__|__|__| pessoas

15. Este quantitativo considera: |__| apenas adultas(os) |__| adultas(os) e crianças/adolescentes |__| não sabe informar

16.Como foi realizado este levantamento ou pesquisa? ***(resposta única)***

|__| O levantamento ou pesquisa foi realizado pela equipe do próprio órgão gestor ou pela equipe de outra unidade do poder público municipal
|__| O órgão gestor e/ou outra unidade do poder público municipal contratou instituição para este fim
|__| O órgão gestor obteve esta informação através de levantamento ou pesquisa já realizada por outra instituição

BLOCO 4 –SERVIÇOS, BENEFÍCIOS E PROGRAMAS

17. O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 20)***

18. Em qual(is) unidade(s) e com que equipe o Serviço é ofertado? ***(resposta única)***
|__| Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas
|__| Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades
|__| No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas
|__| No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)
|__| No CRAS, com equipe que realiza outras atividades
|__| Em outra Unidade Pública
|__| Em Entidade ou Organização da Sociedade Civil

19.Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas no município, em Agosto/2018? ***(mês de referência: agosto de 2018. Se há mais de forma de oferta, contabilize todas)***
|__|__|__|__| pessoas |__| não sabe informar

20.Como a Assistência Social atende questões de violações de direitos no município? ***(admite múltipla marcação, exceto se marcar a primeira ou a última opção)***
|__| Atende no CREAS do município
|__| Encaminha para o CREAS de outro município
|__| Encaminha para o CREAS Regional ao qual está vinculado
|__| Atende no CRAS
|__| Atende em entidade ou organização da sociedade civil no município
|__| É atendido pela equipe de referência (ou técnica(o) do órgão gestor ***(responda a questão 22)***
|__| Outro. Qual? _____
|__| Não é atendido pela Assistência Social

21.Como o município atende adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC? ***(admite múltipla marcação, exceto se marcar "Não atende")***
|__| Atende no CREAS do município
|__| Encaminha para o CREAS de outro município
|__| Encaminha para o CREAS Regional ao qual está vinculado
|__| Executa no CRAS
|__| Executa em entidade no município
Se sim, quantas unidades? |__|__|__|
|__| Executa em outra unidade pública (exceto CREAS) de acompanhamento de adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa (LA ou PSC) do município
Se sim, quantas unidades? |__|__|__|
|__| É atendido pela equipe de referência (ou técnico) do órgão gestor ***(responda a questão 22)***
|__| Outro
|__| Não atende

22. Quais atividades a(o) técnica(o) ou a equipe de referência do órgão gestor realiza? ***(Só responda esta questão se marcar "É atendido pela equipe de referência (ou técnico) do órgão gestor" em pelo menos uma das questões anteriores. Admite múltipla marcação, exceto se marcar a última opção)***
|__| Atendimento/acompanhamento direto às famílias e indivíduos
|__| Elaboração dos Planos de Acompanhamento Familiar ou Individual
|__| Elaboração de relatórios técnicos sobre as famílias/indivíduos em acompanhamento
|__| Registro do atendimento/acompanhamento em prontuário
|__| Encaminhamento dos usuários para a rede de serviços local
|__| Articulação da rede de políticas setoriais no município
|__| Articulação com os órgãos do sistema de justiça do município
|__| Busca ativa
|__| Nenhuma das anteriores

23.O município oferta Serviço Especializado em Abordagem Social?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 25)***

24. Em qual(is) unidade(s) o serviço é ofertado? ***(admite múltipla marcação)***
|__| No(s) CREAS
|__| No(s) Centro POP
|__| Na sede/órgão gestor do município ***(considerar nesta opção estruturas administrativas descentralizadas, como regionais ou similares)***
|__| Em outra unidade pública. **Se sim, quantas unidades? |__|__|__|**
|__| Em entidade ou Organização da Sociedade Civil **Se sim, quantas unidades? |__|__|__|**

25. O município possui Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para Criança e Adolescente?

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento temporário 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 de Acolhimento em Família Acolhedora não deve ser confundido com a Família Guardiã (ou Guarda Subsidiada)!
O Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora não deve ser confundido com Adoção.
Atenção! Caso o município possua Serviço/Programa de Família Acolhedora para Crianças e Adolescentes preencha o questionário de Unidades executoras de Serviço de Famílias Acolhedora.
Maiores informações, acesse as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes

|__| Sim |__| Não

26. O município possui programa de apoio à família guardiã na família extensa (guarda subsidiada), no qual a família extensa ou com vínculos afetivos com a criança/adolescente receba acompanhamento e subsídio financeiro para a guarda da criança/adolescente?

Atenção! A guarda subsidiada não deve ser confundida com o Serviço de Família Acolhedora!
Programa de apoio à Família Guardiã na Família Extensa (Guarda Subsidia) aplica-se a situações onde a guarda da criança ou adolescente que precise ser afastado de seus pais é transferida, por ordem judicial, a família extensa ou com vínculos afetivos como padrinhos, vizinhos, padrastos, entre outros. Ocorre nos casos onde se verifica que, apesar de contar com condições afetivas e de ofertar cuidado à criança/adolescente, a família extensa necessite de acompanhamento e de recursos financeiros para cumprir adequadamente seu papel de cuidado e proteção.

|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 33)***

27. Caso sim, o Programa de apoio à família guardiã na família extensa (Guarda Subsidiada) é regulamentado por lei municipal?
|__| Sim |__| Não

28. O Programa de apoio à família guardiã na família extensa (Guarda Subsidiada) é ofertado por unidade governamental ou por Organização da Sociedade Civil (OSC)? ***(resposta única)***
|__| Governamental |__| Organização da Sociedade Civil (OSC)

29. Atualmente, quantas crianças e/ou adolescente estão acolhidos em famílias guardiãs na família extensa inseridas no Programa? ***(Se não tiver, preencher "0")***
|__|__|__| crianças e/ou adolescentes

30.Atualmente, quantas famílias recebem recursos pelo Programa? ***(Se não tiver, preencher "0")***
|__|__|__| famílias

31. Qual é o valor médio de repasse a estas famílias? |_____| ***(Se não tiver, preencher "0")***

32. Quais atividades são realizadas pelo Programa de Guarda Subsidiada do município? ***(admite múltipla marcação, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")***
|__| Visitas domiciliares da equipe técnica do Programa à família
|__| Reuniões com grupos de famílias
|__| Atendimento psicossocial individualizado
|__| Palestras / oficinas

|__| Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
|__| Envio de relatórios para o Judiciário
|__| Não realiza nenhuma das atividades acima

33.Nos casos de acolhimento de <u>crianças e adolescentes</u>, quais atividades de gestão e monitoramento são realizadas pelo órgão gestor da Assistência Social? ***(admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades listadas acima")***

|__| Controla o acesso às vagas (controle da porta de entrada), sendo responsável por indicar a Unidade de Acolhimento que receberá a criança/adolescente
|__| Acompanha/monitora o fluxo de entradas e saídas de crianças e adolescentes nas Unidades
|__| Centraliza as informações das medidas de acolhimento determinadas pelo poder Judiciário
|__| Centraliza as informações dos acolhimentos emergenciais realizados pelo Conselho Tutelar
|__| Promove a articulação dos serviços de acolhimento com os demais serviços da rede socioassistencial
|__| Promove a articulação dos serviços de acolhimento com as demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos
|__| Realiza supervisão e suporte técnico aos serviços de acolhimento
|__| Monitora o tempo de permanência das crianças e adolescentes nos serviços de acolhimento
|__| Fiscaliza a qualidade dos serviços
|__| Não realiza nenhuma das atividades listadas acima

34. <u>Nos últimos 12 (doze) meses</u> a Assistência Social do município abrigou em alojamentos provisórios pessoas atingidas por situações de emergência ou de calamidade pública?

|__| Sim |__| Não

35. Caso sim, indique a quantidade de pessoas desabrigadas que foram acolhidas em alojamentos provisórios <u>nos últimos 12 (doze) meses</u>:

|__|__|__|__|__| Desabrigados ***(Se não tiver, preencher "0")***

36.Em 2018, a <u>Assistência Social</u> do município ofertou programa(s)/serviço(s) para o apoio e proteção a pessoas e famílias imigrantes/refugiados?

|__| Sim |__| Não

37. Caso sim, para quantos imigrantes/refugiados? |__|__|__|__|__| Imigrantes/refugiados ***(Se não tiver, preencher "0")***

38. O município utiliza embarcação/lancha para o desenvolvimento de atividades/serviços da Assistência Social?

|__| Sim |__| Não

39.Em 2018, o município executou o programa ACESSUAS Trabalho?

|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 42)***

40.Para quais oportunidades do mundo do trabalho o município encaminha, de forma rotineira, as(os) usuárias(os) da assistência social? ***(admite múltiplas respostas)***

|__| Serviço Nacional do Emprego – SINE
|__| Cursos do PRONATEC
|__| Cursos técnicos de instituições municipais/estaduais
|__| Cooperativas
|__| Microcrédito
|__| Micro empreendedorismo individual
|__| Sistema S (SESC, SENAC, SESI, SENAR, etc)
|__| Organizações de trabalhadores (sindicatos, conselhos, etc)
|__| Outros. Quais? _____

41. Existe delimitação de usuárias(os) prioritárias(os) para o atendimento do Acesuas Trabalho? ***(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)***

|__| Não há delimitação de usuários prioritários para o atendimento do Acesuas Trabalho
|__| Pessoas inscritas no CADÚNICO;
|__| Beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família;
|__| Pessoas com deficiência;
|__| Pessoas do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
|__| Adolescentes e jovens no sistema socioeducativo e egressas(os);
|__| Adultas(os) em Famílias com presença de trabalho infantil;
|__| Famílias com pessoas em situação de privação de liberdade;
|__| Indivíduos egressos do sistema penal;
|__| Famílias com crianças em situação de acolhimento provisório;
|__| Adolescentes e jovens no serviço de acolhimento e egressos;
|__| População em Situação de Rua;
|__| Povos e comunidades tradicionais;
|__| Outros.Qual? _____

42. Especifique quais as ações relativas ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) são desenvolvidas pela Assistência Social no município: ***(admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não realiza")***

|__| Realizar estudos sobre as condições de vulnerabilidade das famílias com pessoas idosas e com deficiência
|__| Orientar a população usuária sobre seus direitos e procedimentos para acesso ao BPC
|__| Apoiar e acompanhar o processo de concessão do BPC
|__| Distribuir aos CRAS e CREAS do município listas territorializadas das famílias com beneficiárias(os) do BPC
|__| Articular com outros setores a inserção das(os) beneficiárias(os) nas diversas políticas sociais
|__| Realizar e acompanhar a inserção e atualização das(os) beneficiárias(os) do BPC no Cadastro Único
|__| Articular ações com INSS acerca do requerimento e manutenção do BPC
|__| Realizar e acompanhar a inserção de crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do BPC na escola, em articulação com o Grupo Gestor Local
|__| Acompanhar a inserção de jovens e adultas(os) com deficiência beneficiárias(os) do BPC no mundo do trabalho
|__| Outros.
|__| Não realiza

43. Informe quais e como são concedidos os benefícios eventuais no município:

Atenção! *Considere "concessão" o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independentemente do local da entrega.*

	O Benefício é concedido no município? ***(Se marcar a opção "não", pular para a próxima linha)***	**O Benefício é regulamentado?** ***(Se marcar a opção "não", não responder o ano de atualização)***	**Ano da última atualização da regulamentação:**	**Local onde o Benefício é concedido:** ***(resposta única)***
Benefício Eventual por Situação de morte	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não	|__|__|__|__|	|__| Na sede do órgão gestor |__| Em unidades da rede socioassistencial |__| Em ambas
Benefício Eventual por Situação de Natalidade	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não	|__|__|__|__|	|__| Na sede do órgão gestor |__| Em unidades da rede socioassistencial |__| Em ambas
Benefício Eventual para situação de calamidade pública	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não	|__|__|__|__|	|__| Na sede do órgão gestor |__| Em unidades da rede socioassistencial |__| Em ambas
Outros benefícios eventuais para famílias em situação de vulnerabilidade temporária	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não	|__|__|__|__|	|__| Na sede do órgão gestor |__| Em unidades da rede socioassistencial |__| Em ambas

44. Assinale os locais do município onde são realizados o cadastramento e a atualização cadastral do CadÚnico: ***(admite múltiplas respostas, exceto se marcar "não realiza")***

Locais	Entrevista para Inclusão Cadastral	Entrevista para Atualização Cadastral	Digitação dos dados das famílias no Sistema de Cadastro Único	Fornecimento de comprovante de cadastramento por demanda das famílias	Não realiza
Na sede do órgão gestor/Secretaria de Assistência	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Nos CRAS	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Em unidades/postos fixos exclusivos para cadastramento	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Em unidades móveis ou postos temporários	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Em outras unidades da Assistência Social	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Em unidades de outras políticas públicas	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
No domicílio das famílias	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Outros	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|

Atenção! Caso o município responda "Na sede do órgão gestor/Secretaria de Assistência", "Em unidades/postos fixos exclusivos para cadastramento" ou "Em unidades de outras políticas públicas", o município deve registrar tais postos na opção "Outras Unidades Socioassistenciais" do CADSUAS conforme orientações que podem ser encontradas no link: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index6.php

45. Como é feito o registro das informações da entrevista no sistema do Cadastro Único?

|__| Todas as entrevistas são registradas diretamente no sistema de Cadastro Único – não é usado o formulário em papel. ***(pule para a questão 47)***
|__| A maioria das entrevistas é registrada diretamente no sistema de Cadastro Único – em poucos casos é utilizado o formulário em papel.
|__| A maioria das entrevistas é registrada no formulário em papel.
|__| Todas as entrevistas são registradas no formulário em papel - e depois digitadas no sistema de Cadastro Único.

46. Em média, após a entrevista, quanto tempo leva para que os dados coletados no formulário em papel sejam inseridos no sistema? ***(Caso seja digitado no mesmo dia, informe "zero" no número de dias)***
|__|__| dias

BLOCO 5 – PARTICIPAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM A(O) USUÁRIA(O)

47. Quais estratégias de fomento à participação de cidadã(o) e usuária(o) são utilizadas pelo órgão gestor da Assistência Social no município? ***(admite múltiplas respostas)***
|__| Estimula a participação de usuárias(os) nas reuniões do Conselho
|__| Estimula a participação de usuárias(os) no âmbito das unidades socioassistenciais
|__| Estimula a formação de coletivo/comitê de usuárias(os) da política *(como por exemplo o Fórum Municipal de Usuárias(os) do SUAS)*
|__| Apoio financeiro a coletivo de usuárias(os) da política
|__| Realiza reuniões/entrevistas específicas a fim de coletar a demanda das(os) usuárias(os)
|__| Possui mecanismo de ouvidoria/central de relacionamento para recebimento de demandas das(os) usuárias(os)
|__| Realiza pesquisa de opinião/questionários juntos a usuárias(os) da política (caixa de sugestões, entre outros)
|__| Realiza audiências públicas sobre temas da Assistência Social
|__| Estimula a participação de usuárias(os) nas Conferências Municipais
|__| Outros. Qual? _____
|__| Nenhuma das anteriores

48. O órgão gestor de Assistência Social produziu alguma ação de comunicação (campanha/ mobilização/sensibilização) com o foco na(o) usuária(o) em 2017?

|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 50)***

49. Indique os conteúdos/temas das ações de comunicação (campanha/ mobilização/sensibilização) realizadas pelo órgão gestor de Assistência Social em 2017? ***(admite múltiplas respostas)***

|__| Informação sobre direitos das(os) usuárias(os) (Direito da pessoa idosa, da Mulher, de crianças/adolescentes, etc)
|__| BPC
|__| Programa Bolsa Família
|__| Cadastro Único
|__| Serviços Socioassistenciais (CRAS, Acolhimento, etc)
|__| População de Rua
|__| Trabalho Infantil
|__| Violência Doméstica
|__| Exploração Sexual
|__| Desigualdade de Gênero
|__| Direito LGBT
|__| Divulgação de eventos técnicos
|__| Divulgação de Orientações Técnicas
|__| Divulgação de Normativas
|__| Controle Social
|__| Outros. Quais? _____

BLOCO 6 – GESTÃO DO TRABALHO

50.No ano de 2017, o município realizou concurso público para contratação de trabalhadores (nível superior ou médio) para a Secretaria Municipal de Assistência Social? ***(Devem ser contabilizados concursos finalizados em 2017, independente de quando iniciado).***

Nível de Escolaridade	Realizou Concurso?		Quantidade de Vagas	Data da Homologação do Concurso	Quantidade de trabalhadores que tomaram posse
	Sim	Não			
Nível Superior	|__|	|__|	|__|__|__|	|__|__|/|__|__|/2017	|__|__|__|
Nível Médio	|__|	|__|	|__|__|__|	|__|__|/|__|__|/2017	|__|__|__|

51. O município possui Plano de Capacitação e Educação Permanente?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 54)***

52.Em que ano ocorreu a última atualização do Plano de Capacitação e Educação Permanente?

|__|__|__|__| |__| Não sabe

53. Para o ano de 2018, qual foi a previsão de quantidade de trabalhadores capacitados no plano?
|__|__|__| |__| Não há previsão

54. O município realizou ações de capacitação e formação para trabalhadoras(es) e/ou conselheiras(os) da política de assistência social no ano de 2018?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 56)***

55. Informe o total de trabalhadoras(es) e conselheiras(os) capacitadas(os).
|__|__|__| profissionais |__| Não sabe
|__|__|__| conselheiras(os) |__| Não sabe

56. Em 2017, algum(a) trabalhador(a) da Assistência Social do município (SEDE E UNIDADES PÚBLICAS) participou de algum curso do CAPACITASUAS?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 57)***

57.Em 2017, qual a quantidade de profissionais do município (SEDE E UNIDADES PÚBLICAS) que participaram de cursos do CAPACITASUAS?

|__|__|__| profissionais |__| Não sabe

58. O município possui Mesa de Negociação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)?
|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 60)***

59. Com qual frequência ocorrem as reuniões ordinárias da Mesa de Negociação do SUAS?

|__| Anual
|__| Semestral
|__| Trimestral
|__| Bimestral
|__| Mensal
|__| Não tem periodicidade definida

60. As(Os) servidoras(es) do órgão gestor de assistência social possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?

|__| Sim, para a totalidade das(os) servidoras(es)
|__| Sim, para a maioria das(os) servidoras(es)
|__| Sim, para a metade das(os) servidoras(es)
|__| Sim, para a minoria das(os) servidoras(es)
|__| Não ***(pule para a questão 62)***

61. Qual o ano da última atualização deste PCCS?

|__|__|__|__|

62. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária e o serviço de cada profissional que atua no Órgão Gestor de Assistência Social:

Atenção! Para responder a questão 62 considere as instruções abaixo:
As Secretarias Municipais que são responsáveis pela gestão de outras políticas públicas, além da Política de Assistência Social, devem computar da seguinte maneira a quantidade de trabalhadores:
- Trabalhadores que exercem exclusivamente funções/atividades ligadas à Assistência Social, mais;
- Trabalhadores cujas funções/atividades estão ligadas tanto à assistência social como a outras políticas geridas pela Secretaria (Por exemplo: trabalhadores de áreas administrativas, financeiras ou contábeis que dão apoio ao conjunto de atividades das diversas políticas geridas pela Secretaria).
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem funções/atividades ligadas exclusivamente a outras políticas públicas geridas pela Secretaria.
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem suas atividades exclusivamente em unidades de prestação de serviços (CRAS, CREAS, ou outras unidades de atendimento)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Cargo	Carga horária **SEMANAL**	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)	Área de atuação		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal área de atuação	Segundo principal área de atuação	Terceiro principal área de atuação
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						|__| |__|__| |__| |__| |_ _|	|__|	|__|	|__|

** O número de CPF é obrigatório.*

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Cargo	Carga Horária	Área de atuação
0 – Sem Escolaridade ***(pular "área de atuação")*** 1 – Ensino Fundamental Incompleto ***(pular "área de atuação")*** 2 – Ensino Fundamental Completo ***(pular "área de atuação")*** 3 – Ensino Médio Incompleto ***(pular "área de atuação")*** 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior Incompleto 6 – Ensino Superior Completo 7 – Especialização 8 – Mestrado	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)	1 – Comissionado 2 – Servidor/Estatutário 3 – Servidor Temporário 4 – Empregado Público (CLT) 5 – Terceirizado 6 – Outro vínculo não permanente 7- Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a)/Dirigente 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiária(o) 5 – Outros 6 – Secretária(o) 7 – Secretária(os) de Assistência Social 8 – Secretário Executivo 9 – Serviços Gerais 10 – Técnica(o) de Nível Médio 11 – Técnica(o) de Nível Superior	1 – Menor que 20 horas semanais 2 – 20 horas semanais 3 – 30 horas semanais 4 – 40 horas semanais 5 – Maior que 40 horas semanais	***Atenção! Informe a área de atuação apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior***. 1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Gestão do SUAS 3 – Vigilância Socioassistencial 4 – Gestão do Trabalho 5 – Regulação do SUAS 6 – Gestão Financeira e Orçamentária 7 – Proteção Social Básica 8 – Proteção Social Especial de Média Complexidade 9 – Proteção Social Especial de Alta Complexidade

9 – Doutorado	16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional				10 - Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família 11 - Gestão de Benefícios Assistenciais (*BPC, Benefícios Eventuais*) 12 – Outros.

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária

BLOCO 7 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome: _____

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

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

Identificação do representante da Vigilância Socioassistencial:

|__| Não há representante da Vigilância designado no município ***(finalizar o questionário)***

Nome: _____

CPF:_____

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

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