

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 2016

Questionário Centro POP

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico do Centro POP deverá ser preenchido pelos municípios no período de **12 de setembro a 4 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 município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar o MDS por meio do e-mail vigilanciasocial@mds.gov.br, ou pelos telefones 61 2030-3000/3001/ 3118/ 3131/ 3132, ou ainda pelo 0800 707 2003.

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 2016 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.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Atenção! Os Centros Especializados da Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua devem ser cadastrados no CADSUAS.

Nome que identifica o Centro POP: _____

Selecione/Indique o Tipo de Logradouro (Avenida, Rua, Praça, etc.): _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

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

Data de Implantação do Centro POP: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

1. Horário de funcionamento:

1.1 |__|_| dias por semana

1.2 |__|_| horas por dia

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA

2. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade: *(Resposta única)*

- próprio
 alugado
 cedido

3. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?

Sim Não *(pule para a questão 6)*

4. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua compartilha o imóvel. *(Admite múltiplas respostas)*

- Secretaria de Assistência Social ou congênera
 Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc.)
 Conselho Municipal de Assistência Social
 CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 Unidade de Acolhimento institucional (Abrigo)
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
 ONG/Entidade/Associação Comunitária
 Outros. Qual? _____

5. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e a outra Unidade. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do Centro de Referência para População em Situação de Rua são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada *(siga para a questão 6)*

Entrada / Porta de Acesso

Recepção

Algumas salas de atendimento

Todas as salas de atendimento

Salas administrativas

Espaço para atividades coletivas

Banheiros

Copa/cozinha

Área Externa

Almojarifado ou similar

Refeitório

Lavanderia

Espaço para guarda de pertences

Outros

6. Descreva o espaço físico deste Centro de Referência para População em Situação de Rua: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço. No caso de não possuir, inserir o valor "0")

| Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo | Quantidade de Salas |
|---|---|
| Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas | <input type="text"/> |
| Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas | <input type="text"/> |
| Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas | <input type="text"/> |
| Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas | <input type="text"/> |
| Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (Não são salas de atendimento!) | <input type="text"/> |
| Banheiro de uso exclusivo dos trabalhadores do Centro POP | <input type="text"/> |
| Banheiro para uso dos usuários do Centro POP | <input type="text"/> |
| Espaço para higiene pessoal (Box com chuveiros individualizados) | <input type="text"/> |
| Demais Ambientes | Possui? |
| Recepção | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Cozinha/Copa | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Almojarifado ou similar | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Espaço externo para atividades coletivas e/ou comunitárias | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Refeitório | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Lavanderia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Espaço para guarda de pertences | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Espaço para animais de estimação | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

7. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que esta Unidade possui: (Resposta única por linha)

| Condições de acessibilidade apresentadas: | SIM, De acordo com a Norma da ABNT | SIM, Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT | Não possui |
|---|---|---|--------------------------|
| Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção da Unidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rota acessível aos principais espaços da Unidade (recepção, sala de atendimentos e espaço(s) para atividades coletivas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rota acessível ao banheiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Banheiro adaptado para pessoas com dificuldades de locomoção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços deste Centro, informando se é permitido acesso dos usuários aos mesmos.

| Equipamento | Equipamento ou material disponível na Unidade | Caso sim, indique se está disponível aos usuários |
|--|---|---|
| Telefone | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Impressora | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Máquina Copiadora | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Televisão (TV) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Equipamento de som | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| DVD/Vídeo Cassete | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Filmadora | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Datashow | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Máquina Fotográfica | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Livros | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Materiais socioeducativos | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Armários individualizados para guarda de pertences | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Artigos de higiene pessoal | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Geladeira | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Freezer | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Fogão | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Micro-ondas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Máquina de lavar roupa | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Secadora de roupa | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Tanque de lavar roupas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Veículo de uso exclusivo | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Veículo de uso compartilhado | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

9. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste Centro: **(Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver computador que se enquadre em alguma das respostas a seguir.)**

| | |
|--|----------------------|
| Quantidade total de computadores na Unidade: | <input type="text"/> |
| Destes, quantos estão conectados à internet? | <input type="text"/> |
| Quantidade de computadores para utilização pelos usuários: | <input type="text"/> |
| Destes, quantos estão conectados à internet? | <input type="text"/> |

10. Este Centro de Referência para População em Situação de Rua facilita o acesso ou oferece alimentação aos usuários?

Sim Não **(pule para a questão 12)**

11. Indique abaixo as refeições que são oferecidas aos usuários deste Centro POP e o local de oferta: **(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")**

| | É ofertada a refeição? | Em qual local? | | |
|----------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| | | Restaurante Popular | Em outra unidade pública ou privada | No espaço deste Centro POP |
| Lanche/Café da Manhã | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Almoço | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lanche/Café da Tarde | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jantar | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lanche/Café da Noite | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Esta Unidade possui placa de identificação? (resposta única).

- Sim, conforme modelo padronizado pelo MDS
 Sim, com o nome "Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua"
 Sim, sem o nome "Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua"
 Não possui

BLOCO 3 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

13. Indique as ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade: *(admite múltiplas respostas)*

- Acolhida em Grupo realizada por profissional de nível superior
- Acolhida Particularizada realizada por técnico de nível superior
- Atendimento particularizado de famílias ou indivíduos
- Orientação sociojurídica
- Apoio para obtenção de documentação pessoal
- Orientação/acompanhamento para inserção no BPC
- Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
- Ações de mobilização e participação social
- Mobilização de família extensa ou ampliada
- Mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para políticas de educação (jovens e adultos, etc.)
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para demais políticas (trabalho, habitação, etc)
- Acompanhamento dos usuários encaminhados para rede
- Registro das informações em prontuário
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em atendimento
- Estudo de caso/Discussão de casos em equipe
- Avaliação para concessão de aluguel social
- Palestras
- Outras. Quais? _____

14. Este Centro realiza oficinas/atividades em grupo com temas transversais no âmbito do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade? *(resposta única)*.

- Sim, com periodicidade programada
- Sim, sem periodicidade programada
- Não *(pule para a questão 16)*

15. Caso sim, indique abaixo os temas que são regularmente abordados nestas oficinas/atividades em grupo: *(admite múltiplas respostas)*

- Saúde (prevenção a DST, uso abusivo de substâncias psicoativas, etc.)
- Direitos e programas sociais
- Segurança alimentar e nutricional
- Promoção dos direitos das mulheres, questões de gênero
- Orientação sexual
- Diversidade étnico-racial
- Inclusão digital
- Arte/cultura (dança, teatro, música, etc.)
- Participação dos usuários em espaços democráticos, como conselhos e outros
- Organização dos usuários em associações e comitês
- Outros. Qual? _____

16. Em relação ao acesso ao mercado de trabalho, indique abaixo as ações/iniciativas deste Centro: *(admite múltiplas respostas)*

- Encaminhamento para capacitação profissional/curso profissionalizante
- Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições
- Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional
- Encaminhamento para programas de geração de trabalho e renda
- Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- Outros

Atenção!

A questão 17 corresponde ao Bloco I do Registro Mensal de Atendimento do Centro POP (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011, alterada pela Resolução nº 20/2013). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2016 as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS.** Caso o mês de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Registro e, **deverá efetuar o preenchimento integral do Registro Mensal de Atendimento do Centro POP**, incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.

17. Indique a quantidade de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência (Agosto/2016)

| A. Pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência | Total | Sexo | 0 a 12 anos | 13 a 17 anos | 18 a 39 anos | 40 a 59 anos | 60 anos ou mais |
|--|---------|-----------|-------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| A.1. Quantidade e perfil das pessoas em situação de rua atendidas no mês de referência | _ _ _ _ | Masculino | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| | | Feminino | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

BLOCO 4 – Serviço Especializado em Abordagem Social

18. Este Centro POP realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social? (Resposta única).

- Sim, com equipe exclusiva para Abordagem
 Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem.
 Não realiza com a equipe deste Centro POP, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP **(pule para a questão 24).**
 Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP **(pule para a questão 25)**

19. Quais as atividades realizadas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social? (Admite múltiplas respostas)

- Identificação de situações de risco pessoal e social com direitos violados
 Conhecimento do território
 Informação, comunicação e defesa de direitos;
 Escuta e orientação;
 Encaminhamentos sobre/para a rede de serviços locais
 Articulação da rede de serviços socioassistenciais
 Articulação com os serviços de políticas públicas setoriais
 Articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
 Elaboração de relatórios

20. Como são definidas as áreas onde serão realizadas abordagens do Serviço Especializado em Abordagem Social? (Admite múltiplas respostas)

- Conhecimento prévio dos técnicos do Serviço
 A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pelo órgão gestor de Assistência Social
 Demanda dos órgãos de defesa de direitos
 Denúncias da população
 Outros. Qual? _____

21. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:

- dias por semana Sem frequência regular

22. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a abordagem social:

- Diurno Noturno Ambos

23. A Abordagem Social é realizada em parceria com: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- A Abordagem é realizada exclusivamente pela equipe do Centro Pop *(pule para a questão 25)*
- Equipes da saúde
- Equipes de serviços de acolhimento
- Equipes do CREAS
- Equipes de outras unidades públicas da rede socioassistencial
- Equipes de entidades da rede socioassistencial privada
- Integrantes de movimentos sociais
- Guarda municipal
- Polícia militar
- Outros

24. No caso da execução do Serviço de Abordagem por unidade referenciada, indique as atividades realizadas por este Centro POP: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira ou a última opção)

- Não possui serviço realizado por unidade referenciada** *(pule para a questão 25)*
- Cumpre função de coordenador do Serviço referenciado
- Coleta/recebe periodicamente informações sobre dados de atendimento do Serviço
- Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com a Unidade referenciada
- Participa do processo de planejamento das atividades do Serviço
- Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
- Constrói estratégias metodológicas do Serviço
- Elabora relatórios técnicos específicos sobre casos atendidos/acompanhados pelo Serviço
- Realiza estudos de caso em parceria com o Serviço
- Define procedimentos comuns e/ou complementares ao Serviço
- Possui fluxos de encaminhamentos e trocas de informações com o Serviço
- Articula com a rede de serviços socioassistenciais
- Articula com a rede dos serviços das políticas públicas setoriais
- Articula com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Não realiza nenhuma das atividades acima**

BLOCO 5 – GESTÃO

25. O território de abrangência deste Centro compreende:

- O município inteiro ou o Distrito Federal inteiro
- Apenas algum(ns) bairro(s) ou comunidade(s) dentro do município ou do DF

26. Para implantação e/ou para o desenvolvimento das atividades deste Centro, foi elaborado diagnóstico socioterritorial sobre a incidência e característica da população em situação de rua na localidade?

- Sim
- Não *(pule para a questão 28)*

27. Indique os dados e informações coletadas para subsidiar a elaboração do diagnóstico socioterritorial: (admite múltiplas respostas)

- Informações sobre as áreas de concentração e trânsito da população em situação de rua no município/DF
- Dados e informações relativas ao perfil e às especificidades da população em situação de rua no município/DF
- Mapeamento da rede de articulação do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- Outros dados e informações

28. Este Centro possui estimativa do número de pessoas em situação de rua em sua área de abrangência?

- Sim
- Não *(pule para a questão 30)*

29. Caso sim, quantas pessoas?

30. Apresente o percentual aproximado das formas pelas quais os usuários acessam os serviços deste Centro de Referência para População em Situação de Rua. (Atenção! A soma dos itens deve ser igual a 100%.)

- Por procura espontânea
- Por busca ativa
- Por encaminhamento da rede socioassistencial

Por encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de garantia de direitos

31. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre os seguintes temas? (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que “não participou de capacitação”)

- Pessoa com Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT
- Álcool, crack e outras drogas
- Raça e etnia
- Violências e violações de direitos
- Outros. Especifique: _____
- Não participou de capacitação

32. Esta Unidade desenvolve alguma atividade específica relativa ao uso de substâncias psicoativas?

- Sim
- Não (*pule para a questão 34*)

33. Caso afirmativo, indique as atividades realizadas: (admite múltiplas respostas).

- Oficinas com ações preventivas
- Encaminhamentos/Articulação com a rede de saúde para acompanhamento dos casos
- Discussão de casos com a saúde
- Outras

34. Este Centro realiza cadastramento da população em situação de rua no CadÚnico? (resposta única).

- Sim, apenas no formulário em papel
- Sim, com lançamento das informações no sistema pelo próprio Centro POP
- Apenas encaminha o usuário para realização do cadastramento em outro local/unidade
- Não cadastra nem encaminha usuários para o CadÚnico

35. Há participação dos usuários nas atividades de planejamento deste Centro POP? (Resposta única)

- Não (*pule para a questão 37*)
- Sim, porém de maneira informal e ocasional
- Sim, de maneira informal, mas constante
- Sim, de maneira formal e regular

36. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)

- Convida os usuários para as reuniões de planejamento desta unidade
- Apoio financeiro para a participação de reuniões de planejamento junto a esta unidade
- Existência de representante de usuários junto à unidade
- Eleição para representante de usuários junto à unidade
- Estimula a formação de coletivo/comitê de usuários
- Outros. Qual? _____

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

| Escolaridade | Profissão | Tipo de Vínculo | Função no Centro POP | Carga Horária | Serviços/Atividades |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|---|---------------------------------|--|
| 0. Sem Escolaridade | 1 - Assistente Social | 1 - Comissionado | 1- Apoio Administrativo | 1 - Menor que 20 horas semanais | <p>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior.</p> <p>1 – Atividades de gestão (administrativo)</p> <p>2 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua</p> <p>3 – Serviço de Abordagem Social</p> <p>4 – Cadastramento e/ou revisão/atualização cadastral</p> <p>5 – Outros</p> |
| 1. Ensino Fundamental Incompleto | 2 – Psicólogo | 2 - Empregado Público (CLT) | 2 - Coordenador(a) | 2 - 20 horas semanais | |
| 2. Ensino Fundamental Completo | 3 – Pedagogo | 3 - Outro vínculo não permanente | 3 - Educador (a) Social | 3 - 30 horas semanais | |
| 3. Ensino Médio Incompleto | 4 - Advogado | 4 - Servidor Temporário | 4 - Estagiário (a) | 4 - 40 horas semanais | |
| 4. Ensino Médio Completo | 5 - Administrador | 5 - Servidor Estatutário | 5 - Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas, etc) | 5 - Maior que 40 horas semanais | |
| 5. Ensino Superior Incompleto | 6 - Antropólogo | 6 - Terceirizado | 6 – Cadastrador(a) | | |
| 6. Ensino Superior Completo | 7 - Sociólogo | 7 - Trabalhador de Empresa, Cooperativa ou Entidade Prestadora de Serviços | 7 - Técnico (a) de nível superior | | |
| 7. Especialização | 8 - Fisioterapeuta | 8 – Voluntário | 8 - Outros | | |
| 8. Mestrado | 9 – Cientista político | 9 – Sem vínculo | | | |
| 9. Doutorado | 10 – Nutricionista | | | | |
| | 11 – Médico | | | | |
| | 12 - Terapeuta Ocupacional | | | | |
| | 13 - Economista | | | | |
| | 14 - Enfermeiro | | | | |
| | 15 – Analista de sistema | | | | |
| | 16 - Programador | | | | |
| | 17 - Outra formação de nível superior | | | | |
| | 18 - Profissional de nível médio | | | | |
| | 19 - Sem formação profissional | | | | |

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função, Carga Horária e Serviço a qual está vinculado de cada trabalhador.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Centro POP:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Coordenador do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

Técnico de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

Identificação do agente responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Secretário Municipal de Assistência Social ou congêneres

Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.

Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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