

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



CENSO SUAS 2013

Questionário Unidades de Acolhimento

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico das Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casa-lares, Casas de passagem, entre outros) deverá ser preenchido pelos municípios no período de **14 de outubro a 13 de dezembro de 2013**. O Órgão Gestor deverá coletar informações sobre todas as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento 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 abrigos públicos 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 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/ 3130/ 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/saqi/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 2013 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 DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

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 principal Público atendido nesta Unidade de Acolhimento: (marcação única)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crianças/adolescentes | <input type="checkbox"/> Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes |
| <input type="checkbox"/> Jovens egressos de serviços de acolhimento | <input type="checkbox"/> Famílias desabrigadas/desalojadas |
| <input type="checkbox"/> Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência | <input type="checkbox"/> Mulheres em situação de violência |
| <input type="checkbox"/> Exclusivamente para pessoas adultas com Deficiência | <input type="checkbox"/> Pessoas Idosas |

2. Indique o tipo de Unidade: (marcação única)

Tipo de Unidade	Definição
<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional	Unidade Institucional que acolhe (abriga) grupos de indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos ou famílias em situação de desabrigo, ofertando espaço de moradia, proteção integral e serviço especializado. Cada unidade destina-se ao acolhimento de um público específico (crianças e adolescentes; idosos; mulheres vítimas de violência; população em situação de rua). Cabe destacar que alguns abrigos institucionais ainda utilizam nomenclaturas, como: orfanato, asilo, albergue, dentre outros.
<input type="checkbox"/> Casa Lar	Unidade <u>residencial</u> , com estrutura semelhante à de uma residência privada, que acolhe (abriga) <u>pequenos grupos</u> de indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ofertando espaço de moradia, proteção integral e serviço especializado. As casas-lares são inseridas em bairros residenciais, podendo atender crianças e adolescentes ou idosos. No caso de casa lar para crianças e adolescentes, pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como cuidador residente (também denominados de <u>mães / pais sociais</u>), prestando cuidados a um pequeno grupo de crianças e adolescentes, em ambiente organizado de forma a se assemelhar à rotina familiar.
<input type="checkbox"/> Casa Lar em Aldeia	<u>Várias casas lares distribuídas em um terreno comum</u> , formando uma espécie de vila. Cada casa lar é uma unidade residencial, com estrutura semelhante à de uma residência privada, que acolhe (abriga) pequenos grupos de indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ofertando espaço de moradia, proteção integral e serviço especializado. No caso de casa lar para crianças e adolescentes, pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como cuidador residente (também denominados de mães / pais sociais), prestando cuidados a um pequeno grupo de crianças e adolescentes.
<input type="checkbox"/> Casa de Passagem	Unidade Institucional que acolhe (abriga) <u>de forma imediata e emergencial</u> , a qualquer hora do dia ou da noite, indivíduos ou famílias em situação de desabrigo, enquanto se realiza um estudo diagnóstico detalhado de cada situação para os encaminhamentos necessários. A permanência, na casa de passagem, <u>geralmente é por período de curta duração</u> .
<input type="checkbox"/> República	Unidade residencial, inserida em bairros residenciais, onde são oferecidos apoio e moradia subsidiada a <u>pequenos grupos</u> de indivíduos com <u>capacidade de autogestão</u> , porém com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação. Cada unidade <u>destina-se ao acolhimento de um público específico (jovens entre 18 e 21 anos após desligamento de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes; adultos em processo de saída das ruas; ou idosos com condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária)</u> . A república pode ser viabilizada em sistema de autogestão ou cogestão, onde os custos da locação e tarifas públicas são subsidiados e as despesas com higiene e alimentação são cotizadas entre os moradores - com apoio/subsídio quando necessário. Os moradores também são responsáveis pela organização da moradia, preparação dos alimentos, etc.

<input type="checkbox"/> Residência Inclusiva	Unidade residencial, com estrutura semelhante à de uma residência privada, que acolhe (abriga) <u>pequenos grupos de jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência</u> que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar e/ ou que estejam em processo de desinstitucionalização de instituições de longa permanência. Devem estar inseridas em bairros residenciais, promover um ambiente acolhedor, com estrutura física adequada e infraestrutura necessária, de forma a atender as diversidades e especificidades existentes e minimizando barreiras que impedem a utilização do espaço e o bem estar de cada jovem e adulto com deficiência, com dependência.
<input type="checkbox"/> Outra	Unidades de Acolhimento que não se enquadrem em nenhuma das definições anteriores.

3. Caso tenha assinalado “Casa Lar em Aldeia” na questão anterior, indique quantas Casas Lares há na “Aldeia”: *(somente responder esta questão se marcar “Casa Lar em Aldeia” na questão 2)*

Quantidade de Casas Lares na Aldeia:

4. Indique a Natureza desta Unidade: *(marcação única)*

Governamental Municipal ou do Distrito Federal *(pule para questão 8)*

Governamental Estadual *(pule para questão 8)*

Não Governamental.

5. Em caso de Entidade Não Governamental, indique o CNPJ:

6. A entidade possui Convênio com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Acolhimento?

Sim Não

7. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal? Caso sim indique quais: *(admite múltipla resposta)* (Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio)

Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal

Cessão de recursos humanos

Cessão imobiliária

Pagamento de aluguel

Pagamento de contas de água

Pagamento de contas de luz ou telefone

Fornecimento de gêneros alimentícios

Fornecimento de materiais de higiene e limpeza

Fornecimento de materiais didáticos

Isenção de taxas ou tributos municipais

Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade

Outros

8. Assinale o(s) Conselho(s) Municipal(is) no(s) qual(is) a Unidade/Serviço possui inscrição: *(admite múltipla resposta)*

Conselho Municipal de Assistência Social

Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente

Conselho Municipal dos Direitos do Idoso

Em nenhum dos citados acima

9. A unidade possui orientação religiosa?

Sim Não

10. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas) desta unidade? vagas

11. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (vagas ocupadas)? pessoas
(Se não tiver, marcar 0)

12. Informe o sexo e faixa etária das pessoas que estão acolhidas na Unidade neste momento: **(Se não tiver, marcar 0)**

Sexo	Quantidade de pessoas acolhidas, segundo as Faixas Etárias (anos de idade)										Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	
Masculino	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Feminino	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Total	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

*** Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão anterior!**

13. Qual o número máximo de pessoas (usuários) dormindo em um mesmo dormitório? □□□□ pessoas

14. Das pessoas atualmente acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outro município?

□□□□ Quantidade de pessoas que vieram encaminhadas de outro município □ Não sabe informar

15. Indique se entre os usuários acolhidos nesta unidade existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC? Caso não haja beneficiários do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”. **(Se não tiver, marcar 0)**

□□□□ Quantidade de Idosos beneficiários do BPC

□□□□ Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC

16. A unidade possui critérios de sexo para admissão dos usuários? **(marcação única)**

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

17. Em relação aos critérios de Idade para admissão dos usuários, 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

18. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, a Unidade acolhe grupo de usuários com vínculos de parentesco? **(marcação única)**

□ Sim, sempre que há demanda

□ Algumas vezes

□ Não acolhe

19. Informe há quanto tempo as pessoas atualmente acolhidas estão nesta Unidade: **(Se não tiver, marcar 0)**

Qtd de pessoas	Pessoas acolhidas, segundo o tempo que estão na Unidade								Total de Pessoas Acolhidas
	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)	
	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□□

20. Entre as pessoas que estão acolhidas hoje nesta unidade, quantas possuem alguma das características abaixo? **(Se não tiver, marcar 0)**

Especificidade	Quantidade	A Unidade aceita receber pessoas com estas características	
Deficiência física ou Deficiência sensorial (visão, audição)	□□□	□ Sim	□ Não
Deficiência intelectual (Deficiência mental)	□□□	□ Sim	□ Não
Doença Mental (Transtorno Mental)	□□□	□ Sim	□ Não
Dependência de álcool ou outras drogas	□□□	□ Sim	□ Não
Doentes Crônicos (HIV/AIDS, Câncer, etc.)	□□□	□ Sim	□ Não
Trajetória de rua	□□□	□ Sim	□ Não

Idosos ou pessoas com deficiência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e/ou comprometimento cognitivo (Dependência Grau III)	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refugiado / Imigrante (pessoas de outro país)	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

21. A unidade faz Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida?

Sim Não *(pule para a questão 24)*

22. Quais informações constam do Plano Individual de Atendimento (PIA)? *(admite múltipla resposta)*

- Motivo do acolhimento
- Situação escolar
- Encaminhamento para a rede socioassistencial e outras Políticas Públicas
- Comunicação com o Sistema de Justiça / Órgãos de Defesa de Direito
- Acompanhamento da família de origem
- Registro da existência de vínculos comunitários
- Informações sobre o relacionamento intrafamiliar, situação socioeconômica, escolaridade, situação de saúde
- Participação em curso/capacitação/profissionalização/inserção profissional
- Registro das potencialidades dos usuários do Serviço

23. Com que frequência são permitidas visitas de familiares às pessoas acolhidas na Unidade? *(marcação única)*

- Não é permitido receber visitas na Unidade
- Diariamente
- De 3 a 6 dias na semana
- De 1 a 2 dias na semana
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Apenas em algumas datas específicas do ano

24. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: *(admite múltipla resposta)*

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário
- Reuniões com grupos de famílias dos usuários
- Atendimento psicossocial individualizado
- Atendimento psicossocial em grupos
- Atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar)
- Palestras / oficinas
- Atividades recreativas
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Passeios com usuários
- Promove atividades com participação da Comunidade
- Promove a integração das pessoas acolhidas em projetos ou atividades existentes na comunidade
- Envio de relatório semestral para o Judiciário *(exclusivo para acolhimento de criança/adolescente)*
- Organização e discussão das rotinas das Unidades com os acolhidos
- Não realiza nenhuma das atividades acima

25. Quem realiza o acompanhamento dos usuários após o seu desligamento da Unidade de Acolhimento? *(admite múltipla resposta)*

- A própria unidade/serviço de acolhimento
- O CREAS
- Não sabe informar *(pule para a questão 27)*
- O CRAS
- Outro
- Não é realizado acompanhamento de egressos *(pule para a questão 27)*

26. Por quanto tempo, em média, o usuário é acompanhado após seu desligamento?

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

27. Assinale quais dos órgãos abaixo realizaram visita, inspeção ou supervisão a esta Unidade **nos últimos 12 meses:** *(admite múltipla resposta)*

- Secretaria de Assistência Social
 Poder Judiciário
 Ministério Público
 Defensoria Pública
 Conselho Tutelar
 Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente

- Conselho do Idoso
 Conselho da Pessoa com Deficiência
 Conselho de Assistência Social
 Vigilância Sanitária
 Corpo de Bombeiros
 Nenhum dos órgãos acima

28. Qual o tipo de articulação que esta unidade/instituição possui com estes órgãos: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')*

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação							Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuários encaminhados por esta Unidade	Encaminha usuários para esta Unidade	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto		
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poder Judiciário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministério Público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defensoria Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretaria Municipal de Assistência Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades Educacionais (creches/escolas/universidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órgãos/Serviços/Programas relacionados a Trabalho e Emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretarias de Assistência Social de outros municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

29. Indique se a Unidade esta localizada em: **(marcação única)**

Área urbana Área rural

30. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como: **(marcação única)**

Área residencial Área comercial/industrial Área isolada Área mista – Residencial e Comercial/Industrial

31. O local onde funciona a Unidade é servido por transporte público (ônibus/trem/metrô/barcas)? **(marcação única)**

Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)
 Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)
 Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

32. Situação do imóvel onde funciona a Unidade: **(marcação única)**

Próprio Alugado Cedido

33. Descreva o espaço físico da Unidade utilizando os quadros abaixo. **(Se não tiver, marcar 0)**

Atenção, cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez!

Caso o mesmo espaço/cômodo seja utilizado para mais de uma finalidade (por exemplo: Sala de Administração e Sala de Reuniões), você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal.

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de Administração	<input type="text"/>
Sala para reuniões	<input type="text"/>
Sala para atendimento técnico especializado (psicólogo, assistente social, etc.)	<input type="text"/>
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	<input type="text"/>
Dormitórios para os Usuários acolhidos	<input type="text"/>
Dormitórios para os Cuidadores	<input type="text"/>
Banheiros para os Usuários acolhidos	<input type="text"/>
Banheiros exclusivos para Funcionários	<input type="text"/>

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Área de recreação externa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refeitório	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cozinha para preparo de alimentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Despensa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavanderia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade:

<input type="checkbox"/> Geladeira	<input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos
<input type="checkbox"/> Freezer	<input type="checkbox"/> Mesas para estudo
<input type="checkbox"/> Fogão	<input type="checkbox"/> Mesas de Jantar
<input type="checkbox"/> Forno/microondas	<input type="checkbox"/> Camas Quantas? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences Quantos? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo	<input type="checkbox"/> Armários de uso coletivo dos usuários
<input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado	<input type="checkbox"/> Telefone
<input type="checkbox"/> Mobiliário específico para atender crianças	<input type="checkbox"/> Fax
<input type="checkbox"/> Mobiliário/materiais adequados para pessoas com deficiência ou dependência (Tecnologias Assistivas)	<input type="checkbox"/> Impressora
<input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros)	<input type="checkbox"/> Equipamento de som
<input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais	<input type="checkbox"/> DVD/Vídeo Cassete
<input type="checkbox"/> Materiais esportivos	<input type="checkbox"/> TV a cabo
	<input type="checkbox"/> Televisão Quantas? <input type="text"/>

35. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existentes nesta Unidade:

Quantidade total de computadores na Unidade	_ _
Destes, quantos estão conectados à internet	_ _
Quantidade de computadores para utilização pelos usuários	_ _
Destes, quantos estão conectados à internet	_ _

36. Descreva as condições de acessibilidade da Unidade, conforme o quadro abaixo:

Condições de acessibilidade	SIM	NÃO
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até o interior da Unidade	_	_
Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	_	_

37. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade nesta unidade?

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
- Sim, suporte de material em braile.
- Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas cegas.
- Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados para deficientes visuais.
- Não há outras adaptações.

BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS

38. 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	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	CPF	RG			Sexo	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL
			Número	Órgão Emissor	UF						
1)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
2)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
3)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
4)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
5)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
6)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
7)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
8)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
9)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
10)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga 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. Psicólogo 3. Pedagogo 4. Advogado 5. Administrador 6. Antropólogo 7. Sociólogo 8. Fisioterapeuta 9. Cientista político 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	1. Comissionado 2. Empregado Público (CLT) 3. Outro vínculo não permanente 4. Sem Vínculo 5. Servidor Temporário 6. Servidor Estatutário 7. Terceirizado 8. Trabalhador de Empresa , Cooperativa ou Entidade Prestadora de Serviços 9. Voluntário	1. Agente Administrativo 2. Apoio Administrativo 3. Coordenador(a) 4. Cuidador(a) 5. Cuidador(a) residente 6. Diretor 7. Educador(a) Social 8. Serviços Gerais 9. Técnico 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!

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

Tipo de Vínculo:

Indique o vínculo do trabalhador com a Unidade de Acolhimento, conforme as categorias abaixo:

- **Comissionado:** Inclui trabalhador que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37)
- **Empregado Público (CLT):** Inclui trabalhador que, mediante concurso público, presta serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta, pelo regime celetista, mediante pagamento feito pelos Cofres Públicos.
- **Outro vínculo não permanente:** inclui trabalhador que possui vínculo permanente, diferente dos demais vínculos permanentes citados.
- **Servidor Temporário:** Inclui servidor público que se sujeita ao regime jurídico especial da lei previsto no art.37, IX da Constituição Federal. Está sujeito ao regime geral de previdência social e só pode ser contratado temporariamente com o fim de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.
- **Servidor Estatutário:** Inclui o trabalhador ocupante de cargo públicos provido por concurso público, nos moldes do art. 37, II, da Constituição Federal, sendo regido por um estatuto definidor de direitos e obrigações.
- **Terceirizado:** Inclui o trabalhador contratado por empresa que desempenha atividades de outra empresa (geralmente, a administração pública) de forma que não se estabeleça vínculo empregatício entre os empregados da contratada e a contratante.
- **Trabalhador de Empresa/Cooperativa/Entidade Prestadora de Serviços:** Inclui trabalhador associado à empresa/cooperativa ou qualquer outra entidade prestadora de serviços.
- **Voluntário:** Inclui a pessoa que exerce atividades na Unidade de Acolhimento, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.

39. Indique a forma pela qual as informações deste questionário foram coletadas: (resposta única)

- Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial
 Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor
 Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica
 Outra

40. Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____
CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____
Cargo/Função: Diretor/Coordenador da Unidade Técnico de Nível Superior da Unidade Outro
Telefone: (____) _____ E-mail: _____

41. Identificação do agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Devem ser preenchidos os dados: nome (de forma legível), CPF, telefone e e-mail do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário.

É preciso também assinalar seu cargo ou função, dentre as alternativas elencadas: Secretário Municipal de Assistência Social ou DF, diretor/coordenador/responsável pela área de Proteção Social Especial do município, DF ou estado (no caso dos CREAS Regionais), ou coordenador deste CREAS. Somente estes cargos/funções são aceitos. Caso não seja o (a) Secretário (a) Municipal de Assistência Social ou o (a) Secretário (a) Estadual de Assistência Social (para os CREAS Regionais) a preencher o questionário, a pessoa que o preencher deverá ser por ele designada. Por fim, é imprescindível que o responsável pelo preenchimento indique a data do preenchimento do formulário e o assine.

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado

Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere

Técnico da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere

Outros

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

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