

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

FICHA DE MONITORAMENTO
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

Situação do CRAS:

Data de preenchimento: ____/____/____

- Em funcionamento
- Implantação iniciada
- Implantação não iniciada

Apenas para CRAS que ainda não está em funcionamento:

Caso não esteja em funcionamento, indique as razões (**no máximo quatro**):

- Indisponibilidade de recursos humanos
- Limitações legais para admissão de pessoal
- Limitações orçamentárias para admissão de pessoal
- Indisponibilidade/inexistência de espaço físico
- Limitações legais para implantação do espaço físico
- Limitações orçamentárias para implantação do espaço físico
- Indisponibilidade/inexistência de mobiliário/equipamentos
- Lentidão dos processos administrativos
- Outros. Quais: _____

Qual a previsão para o início do funcionamento deste CRAS? ____ / ____ (mês/ano)

I. Identificação do CRAS:

Município _____ UF: _____

Endereço do CRAS: _____ CEP: _____ - _____

E-mail do CRAS: _____

Telefone com DDD: (_____) _____

Urbano: Rural

Indique as fontes de financiamento deste CRAS:

1. Governo Federal 2. Governo Estadual 3. Governo Municipal

Indique qual a fonte principal:

1. Governo Federal 2. Governo Estadual 3. Governo Municipal

Mês e ano de implantação do CRAS: ____ / ____ (mm/aaaa)

II. Planejamento de implantação do CRAS:

Como foi realizado o levantamento da situação de vulnerabilidade do território:

- Não houve levantamento
- Estudo realizado pelo município (mapeamento das vulnerabilidades)
- Dados estatísticos do IBGE
- Dados do Cadastro Único
- Dados sobre os beneficiários do BPC
- Dados da Rede SUAS
- Informações obtidas pela área da saúde

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

III. Estrutura Física do CRAS:

Situação do imóvel onde se localiza o CRAS:

- próprio da Prefeitura Municipal
- alugado pela Prefeitura Municipal
- cedido para a Prefeitura Municipal
- outro

O imóvel de funcionamento do CRAS é compartilhado?

- Não, é exclusivo
- Compartilhado com Secretaria ou outra unidade da Assistência Social
- Compartilhado com unidade da Saúde
- Compartilhado com unidade da Educação
- Compartilhado com uma Associação Comunitária
- Compartilhado com o Conselho Municipal de Assistência Social
- Compartilhado com Outros.

Indique os itens existentes no CRAS:

- Local para recepção
- Sala para entrevista que possibilite o atendimento individual
- Salão para reunião com grupos de famílias
- Sala para a equipe técnica e coordenação
- Banheiro
- Cozinha
- Almojarifado
- Espaço para grupos socioeducativo e de convívio
- Condições de acessibilidade para pessoas idosas e pessoas com deficiência
- Telefone
- Computador
- Acesso a Internet

Este CRAS possui placa de identificação padronizada pelo MDS?

- Sim. Não.

IV. Funcionamento e Atendimento do CRAS:

Quantos dias na semana este CRAS funciona: _____ dias por semana

Quantas horas por dia este CRAS funciona: _____ horas por dia

Quantidade de atividades coletivas realizadas por este CRAS, no último mês: _____

Quantidade de visitas domiciliares realizadas por este CRAS, no último mês: _____

Quantidade total de famílias atendidas por este CRAS, no último mês: _____

Informação não disponível: ()

Dentre estas, quantas são famílias beneficiárias do PBF atendidas pelo CRAS, no último mês:

_____ Informação não disponível: ()

Dentre estas, quantas são famílias com beneficiários do BPC atendidas pelo CRAS, no último mês:

_____ Informação não disponível: ()

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

O CRAS atende comunidades tradicionais e específicas?

- Não atende (crítica)
- Atende Comunidade Indígena
- Atende Comunidade Quilombola
- Atende Comunidade ribeirinha
- Atende outras populações tradicionais e específicas.

Este CRAS possui a listagem de famílias do Cadastro Único de Programas Sociais do seu território de atuação?

1. Sim 2. Não

Este CRAS recebe regularmente as informações referentes às famílias do Programa Bolsa Família ?

1. Sim 2. Não

As ações do CRAS priorizam a identificação de: *(Indique, no máximo, seis itens):*

- famílias em descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família
- famílias ou indivíduos elegíveis para programas ou benefícios de transferência de renda
- indivíduos sem documentação civil
- famílias com presença de trabalho infantil
- famílias com crianças sob cuidados de outras crianças ou que permanecem sozinhas em casa
- famílias com pessoa idosa dependente beneficiária do BPC
- famílias com pessoa deficiente beneficiária do BPC
- famílias com eventos de violência ou antecipadores de violência
- famílias com ocorrência de fragilização ou rompimento de vínculo
- famílias com jovens em situação de vulnerabilidade
- rede de serviços locais (assistência social, educação, saúde, etc)
- lideranças locais
- recursos culturais, econômicos, sociais do território

Indique as atividades que são realizadas por este CRAS:

- Recepção e acolhida
- Reuniões
- Acompanhamento de famílias
- Acompanhamento de indivíduos
- Visitas Domiciliares;
- Busca ativa;
- Grupo/oficina de convivência e atividades sócio-educativas por ciclo de vida ou intergeracional
- Grupo/oficina de convivência e atividades sócio-educativas com famílias
- Palestras
- Ações de capacitação e de inserção produtiva
- Campanhas sócio-educativas
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos
- Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais
- Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único
- Inserção de famílias no Cadastro Único
- Orientação/acompanhamento para inserção do BPC

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

V. Articulação:

Indique os serviços, programas ou instituições com os quais este CRAS possui articulação:

- Demais unidades da Rede de Proteção Social Básica
- Rede de Proteção Social Especial
- Vara da Infância e da Juventude
- Conselho Tutelar
- Defensoria Pública / Ministério Público
- Serviços de Atenção Básica em Saúde (Equipes de Saúde da Família / Postos de Saúde)
- Serviços Públicos de Educação
- Órgãos ou serviços relacionados a Trabalho e Emprego
- Conselhos de Políticas Públicas (CMAS ou outros)
- Serviços ou Programas de Segurança Alimentar
- Nenhum dos serviços ou instituições acima mencionados (crítica)

VI. Recursos Humanos do CRAS:

Indique a formação, vínculo, carga horária e função de cada membro da equipe deste CRAS:

NOME	Formação	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL
1º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11º membro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Formação	Tipo de Vínculo	Função
1-Assistente Social	1-Estatutários	1-Coordenador
2-Psicólogo	2-CLT	2-Técnico de Nível Superior
3-Pedagogo	3-Somente comissionado	3-Técnico de Nível Médio
4-Outro profissional de nível superior	4-Sem vínculo permanente	4-Apoio Administrativo
5-Profissional de nível médio		
6-Profissional de nível fundamental		
7-Estagiário cursando graduação		

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

Seção adaptável em função da estratégia adotada pelo Estado:

Identificação do agente municipal responsável pelas respostas

1. () Secretário Municipal de Assistência

2. () Coordenador do CRAS

3. () Outro: _____

Nome: _____

Telefone: (____) _____

Email: _____

Identificação do técnico estadual responsável pela visita

Nome: _____

Email: _____

Houve visita ao CRAS: 1. () Sim 2. () Não Data de visita: __/__/__

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, **NÃO** deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.