

MONITORAMENTO SUAS



CENSO SUAS 2010

Questionário CRAS

As informações declaradas pelo agente municipal possuem Fé Pública e constituem registros administrativos dos sistemas de informações do SUAS.

Os formulários eletrônicos do Censo SUAS 2010 dos CRAS deverão ser preenchidos durante o período de 01 de setembro até 01 de outubro. Todos os municípios que possuem CRAS devem responder o formulário que está disponível no site www.mds.gov.br/suas pelo link “*Monitoramento SUAS*”, inclusive aqueles municípios que já implantaram esta unidade, mas ainda não recebem o co-financiamento federal.

Este formulário em papel deve ser utilizado pelo município para coletar as informações junto à coordenação e equipe do CRAS. Compete ao órgão gestor municipal a responsabilidade pelo preenchimento *on-line* do formulário com base nas informações fornecidas pela coordenação e pela equipe do CRAS.

O aplicativo *on-line* apresentará para o digitador uma lista dos CRAS já cadastrados pelo município no ano anterior, para que ele selecione a unidade e preencha seu respectivo formulário. Caso algum CRAS na lista de unidades tenha mudado de localização, seu endereço deve ser atualizado ao preencher o formulário eletrônico de 2010. Neste caso, é importante observar que a seleção da unidade deve ser feita pelo seu endereço anterior, que deverá então ser atualizado. Isto significa que as unidades que apenas mudaram de endereço **NÃO DEVEM** ser cadastradas como um “Novo CRAS”, mantendo assim seu mesmo número de identificação junto ao MDS.

Para acesso ao formulário pela internet é necessário utilizar o *login* (letras MAIÚSCULAS) e a *senha* (letras minúsculas) do **SUASWEB**. Se não conseguir acessar o sistema, tente digitar tudo em formato minúsculo. Caso não consiga entrar no sistema na primeira tentativa, é necessário tentar mais de uma vez, de acordo com as instruções quanto ao formato do *login* e *senha*.

Se depois de realizar os procedimentos acima, persistirem os problemas, enviar um e-mail para monitoramentosuas@mds.gov.br colocando o **nome do município, estado, login e senha do SUASWEB e cópia da tela em que foi verificado o problema.**

IMPORTANTE: Este questionário deverá ser utilizado para a coleta das informações, entretanto, **NÃO DEVE** ser encaminhado ao MDS em formato impresso. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO
PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

1. LOCALIZAÇÃO DO CRAS:

Nome que identifica o CRAS: _____

Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): (Selecionar o tipo)

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: (Caixa com campo texto)

CEP: _____

Município: _____ UF: (Seleção)

E-mail: _____

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

Fax: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mês e ano de início do funcionamento deste CRAS: |__|_|/|__|_|_|_|_|_| (mm/aaaa)

Localização: Urbano Central
 Urbano Periférico
 Rural
 Itinerante (Embarcação)

2. Este CRAS é uma unidade com capacidade de atendimento para até: *(NÃO admite múltipla marcação)*

2.500 famílias referenciadas 3.500 famílias referenciadas 5.000 famílias referenciadas

3. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CRAS. *(admite múltipla marcação)*

Recursos Municipais
 Recursos Estaduais
 Recursos Federais (MDS)

4. Horário de funcionamento: |___| dias por semana |___| horas por dia

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

5. Situação do imóvel onde se localiza o CRAS: *(NÃO admite múltipla marcação)*

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

6. O imóvel de funcionamento deste CRAS é compartilhado?

Sim Não *(pule para a questão 9)*

7. Especifique o tipo de unidade com a qual este CRAS compartilha seu imóvel. *(admite múltipla marcação)*

Secretaria da Assistência Social ou congênere
 Outra unidade administrativa *(Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc)*
 Conselho Municipal de Assistência Social
 Conselho Tutelar
 CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
 Unidade de Saúde
 Escola
 Uma Associação Comunitária
 ONG/Entidade
 Outros

8. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o CRAS e a outra Unidade. (admite múltipla marcação, exceto se marcar a primeira opção)

- Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do CRAS são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada.
 Entrada / Porta de Acesso
 Recepção
 Cozinha
 Algumas salas de atendimento
 Todas as salas de atendimento
 Salas administrativas
 Banheiros
 Área Externa
 Almojarifado ou similar

9. Descreva o espaço físico deste CRAS: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas	
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade superior a 30 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	<input type="text"/>	
Banheiro	<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	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo no CRAS para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

10. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este CRAS possui:

Condições de acessibilidade apresentadas:	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas, não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção do CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços do CRAS (recepção, salas de atendimento, e espaços de uso coletivo);	<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 deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste CRAS: (admite múltipla marcação)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Telefone | <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo |
| <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado |
| <input type="checkbox"/> Impressora | <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico |
| <input type="checkbox"/> Máquina Copiadora | <input type="checkbox"/> Brinquedoteca |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV) | <input type="checkbox"/> Brinquedos |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| <input type="checkbox"/> DVD/Vídeo Cassete | |
| <input type="checkbox"/> Datashow | |
| <input type="checkbox"/> Máquina Fotográfica | |
| <input type="checkbox"/> Filmadora | |

12. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste CRAS:

Quantitativo de computadores	
Quantidade total de computadores no CRAS	
Quantos estão conectados à internet	
Quantos estão acessíveis aos usuários do CRAS	

13. A equipe técnica utiliza internet em outro local para a realização das atividades do CRAS? (admite múltipla marcação, exceto se marcar não).

- Não
- Sim, na Secretaria Municipal de Assistência Social
- Sim, em outras instituições públicas
- Sim, no domicílio dos profissionais do CRAS
- Sim, em *Lan House*
- Sim, em ONGs/Entidades Privadas

14. Este CRAS possui placa de identificação? (NÃO admite múltipla marcação)

- Sim , conforme o modelo padronizado pelo MDS
- Sim , em outro modelo, mas com o nome "Centro de Referência de Assistência Social"
- Sim , em outro modelo, sem o nome "Centro de Referência de Assistência Social"
- Não possui

BLOCO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NESTE CRAS

15. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): (admite múltipla marcação)

- Recepção e acolhida
- Acompanhamento de famílias
- Acompanhamento de indivíduos
- Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias
- Visitas Domiciliares
- Deslocamento da Equipe para atendimento em localidades distantes
- Acompanhamento de famílias em descumprimento de condicionalidades
- Acompanhamento a beneficiários e famílias beneficiárias do BPC
- Acompanhamento a famílias integrantes do PETI (após contrarreferenciamento do PAEFI)
- Acompanhamento a famílias atendidas com benefícios eventuais
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas
- Encaminhamento para obtenção de Benefícios Eventuais
- Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único
- Orientação/acompanhamento para inserção do BPC
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- Palestras
- Apoio para obtenção de Documentação pessoal

16. Informe o volume mensal das seguintes ações realizadas no CRAS pelo PAIF: (mês de referência: AGOSTO de 2010):

16a) Acompanhamento de Famílias	Quantidade Mensal (Agosto 2010)
Quantidade total de famílias em acompanhamento pelo PAIF (AGOSTO de 2010)	______ famílias
Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas são beneficiárias do Bolsa Família	______ () Não Sabe
Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas são beneficiárias do PETI	______ () Não Sabe
Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas são beneficiárias do BPC	______ () Não Sabe
Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas possuem jovens do Projovem Adolescente	______ () Não Sabe
16b) Entrada no acompanhamento	Quantidade Mensal
Quantidade total de famílias que <u>ingressaram</u> em acompanhamento no PAIF em agosto de 2010	______ () Não Sabe
Quantidade total de famílias que <u>foram desligadas</u> do acompanhamento do PAIF em agosto de 2010	______ () Não Sabe
16c) Entrevista individual ou familiar	Quantidade Mensal
Quantidade total de entrevistas individuais ou familiares realizadas em agosto de 2010	______ () Não Sabe
16d) Visitas Domiciliares	Quantidade Mensal
Quantidade total de visitas domiciliares realizadas em agosto de 2010	______ () Não Sabe
16e) Encaminhamentos	Quantidade Mensal
Quantidade total de encaminhamentos para a rede de Assistência Social realizados em agosto de 2010	______ () Não Sabe
Quantidade total de encaminhamentos para outras políticas realizados em agosto de 2010	______ () Não Sabe

17. Este CRAS realiza Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Grupos/Coletivos)? (Ver Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais)

Sim Não (pule para a questão 19)

18. Indique as características dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Grupos) realizados neste CRAS

18a. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças até 6 anos de idade (mês de referência: AGOSTO de 2010) :

Sim Não

Quantidade total de grupos	____
Quantidade total de crianças que participam deste(s) grupo(s)	_____
Quantidade total de crianças com deficiência que participam dos grupos	_____
Do total de crianças com deficiência, quantas recebem o BPC	_____
Quantos dias normalmente cada criança participa das atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada criança participa dos grupos	_____
Nestes grupos, com qual freqüência há a participação das famílias destas crianças.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

18b Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade (mês de referência: AGOSTO de 2010):

Sim Não

Quantidade total de grupos	_ _ _
Quantidade total de crianças e adolescentes que participam deste(s) grupo(s):	_ _ _ _
Quantidade total de crianças e adolescentes do PETI que participam deste(s) grupo(s)	_ _ _ _
Quantidade total de crianças e adolescentes com deficiência que participam dos grupos	_ _ _ _
Do total de crianças e adolescentes com deficiência, quantos recebem o BPC	_ _ _ _
Quantos dias normalmente cada criança ou adolescente participa das atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada criança e adolescente participa dos grupos	_ _ _
Estes grupos são formados por crianças e adolescentes:	<input type="checkbox"/> do PETI <input type="checkbox"/> outras crianças e adolescentes <input type="checkbox"/> Misto formado com crianças e adolescentes do PETI e outras crianças/adolescentes

18c Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para jovens adolescentes de 15 a 17 anos de idade (mês de referência: AGOSTO de 2010):

Sim Não

Quantidade total de grupos/coletivos	_ _ _
Quantidade total de jovens adolescentes que participam deste(s) grupo/coletivo (s):	_ _ _ _
Quantidade total de jovens adolescentes do Projovem que participam deste(s) grupo/coletivo (s):	_ _ _ _
Quantidade total de jovens adolescentes com deficiência que participam dos grupos/coletivos	_ _ _ _
Do total de jovens adolescentes com deficiência, quantos recebem BPC	_ _ _ _
Quantos dias normalmente cada jovem adolescente participa de atividades com este(s) grupo/coletivo (s) neste CRAS	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada jovem adolescente participa dos grupos/coletivos	_ _ _
Estes grupos são formados por adolescentes ou jovens:	<input type="checkbox"/> Do ProJovem Adolescente <input type="checkbox"/> outros jovens adolescentes <input type="checkbox"/> Misto formado com adolescentes do Projovem e outros jovens adolescentes

18d Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (mês de referência: AGOSTO de 2010):

Sim Não

Quantidade de grupos	
Quantidade total de idosos que participam deste(s) grupo(s):	
Quantidade total de idosos beneficiários do BPC	
Quantidade total de idosos com deficiência participam dos grupos	
Quanto dias normalmente cada idoso participa de atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada idoso participa dos grupos	

19. Além dos grupos anteriormente relacionados, indique se este CRAS realiza outros tipos de grupos no âmbito do PAIF (mês de referência: AGOSTO de 2010):

Tipos de Grupos	Se realiza	Quantidade de grupos	Quantidade de pessoas	Horas por semana
Mulheres	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Homens	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Gestantes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Famílias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Intergeneracionais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Outros.Qual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Outros.Qual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Outros.Qual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

20. Indique as atividades normalmente realizadas com os participantes dos grupos e/ou usuários dos Serviços de convivência e Fortalecimento de Vínculos existentes neste CRAS.

Atividades	Público do Serviço				
	Crianças até 6	Crianças e Adolescentes de 6 a 15	Jovens de 15 a 17	Idosos	Outros grupos
Atividades de qualificação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades físicas (esportes, ginástica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de arte e cultura (dança, teatro, música e etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de inclusão digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de segurança alimentar e nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oficinas sobre temas transversais (saúde, meio ambiente, cultura, esporte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oficinas sobre direitos e programas sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientações sobre higiene e cuidados pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exibição de filmes ou documentários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reforço escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de recreação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades lúdicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passeios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades com participação da comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade de afirmação étnico-cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades intergeracionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Este CRAS realiza Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas? (não considerar visitas domiciliares do PAIF) (Ver Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais) (mês de referência: AGOSTO de 2010):

Sim Não (pule para a questão 22)

Quantidade total de idosos	_ _ _ _ _
Quantidade total de pessoas com deficiência	_ _ _ _ _
Quantos dias, normalmente, cada usuário recebe atendimento domiciliar:	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês

22. O Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas dispõe de Plano de Desenvolvimento do Usuário – PDU?

Sim Não

23. É feita concessão de Benefícios Eventuais neste CRAS? (Considerar apenas aqueles concedidos no próprio CRAS. Não considerar os encaminhamentos para obtenção dos benefícios junto à outra unidade/órgão)

Sim Não (pule para a questão 25)

24. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CRAS? (admite múltipla marcação)

- Auxílio Funeral
- Auxílio Natalidade
- Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, leite em pó, entre outros)
- Passagens
- Outros. Qual? _____

25. Este CRAS realiza ações ou projetos de Capacitação Profissional e/ou Inclusão Produtiva? (Devem ser consideradas como ações ou projetos de Capacitação Profissional e/ou Inclusão Produtiva apenas aqueles cujo objetivo final e principal é a geração de renda e inclusão no mercado de trabalho para os participantes)

Sim Não (pule para a questão 27)

26. As ações de capacitação ou inclusão produtiva realizadas neste CRAS compreendem: (admite múltipla marcação)

- Cursos de capacitação profissional para o mercado de trabalho (organizados pelo cras)
- Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições
- Cursos de artesanato (trabalhos manuais como pintura em tecido, bordados, bijuterias, etc.)
- Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional
- Encaminhamentos para colocação no mercado de trabalho
- Organização ou assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- Cessão de espaço para funcionamento de unidades produtivas

27. Este CRAS desenvolve estratégias específicas para inclusão de pessoas com deficiência nos serviços desta unidade? (admite múltipla marcação)

- Sim, busca ativa
- Sim, ações de divulgação e mobilização
- Sim, articulação intersetorial para formação de rede de apoio
- Sim, articulação com associações e/ou entidades para a formação de rede de apoio
- Sim, outras estratégias
- Não

28. Este CRAS possui rede referenciada para oferta de Serviços de Proteção Social Básica:

Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades que ofertem serviços de Proteção Social Básica no território de abrangência deste CRAS e mantenham com este alguma forma de pactuação de fluxo para atendimento dos usuários encaminhados pelos CRAS.

Sim Não (pule para a questão 30)

29. Indique os serviços disponíveis na rede referenciada e o tipo de unidade que os ofertam:

Serviços disponíveis na rede referenciada	Não disponibiliza	Disponíveis em		
		Outra Unidade Pública	Entidade conveniada	Entidade não conveniada
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças até 6 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos de idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Jovens Adolescentes de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas ou projetos de capacitação e inclusão produtiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas ou projetos de inclusão digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 4 – GESTÃO DO TERRITÓRIO

30. O território de abrangência deste CRAS compreende:

- O município inteiro (*pule para questão 32*)
 Toda a zona urbana do município (*pule para questão 32*)
 Toda a zona rural do município (*pule para questão 32*)
 Apenas algum (ns) bairro (s) ou comunidade (s) dentro do município

31. Indique o nome dos Bairros que constituem o território de abrangência deste CRAS

(Utilize o nome completo dos Bairros abrangidos pelo território. Não utilize abreviaturas)

1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

32. Este CRAS possui o mapa de seu território de abrangência?

- Sim Não

33. Este CRAS possui documento com o diagnóstico do seu território de abrangência?

- Sim Não (*pule para a questão 35*)

34. Quais informações são descritas neste documento? (admite múltipla marcação)

- Quantidade de famílias no território
 Quantidade de famílias vulneráveis
 Perfil etário da população
 Perfil socioeconômico da população
 Mapeamento da rede socioassistencial pública
 Mapeamento da rede socioassistencial privada
 Mapeamento de unidades de outras políticas públicas
 Associações comunitárias (associações de bairros, cooperativa de artesãos, entidades beneficentes, entre outras)
 Lideranças comunitárias

35. Aproximadamente quantas famílias em situação de vulnerabilidade residem no território de abrangência deste CRAS?

Quantidade de famílias em situação de vulnerabilidade

() Não sabe

36. Apresente o percentual aproximado das formas pelas quais os usuários acessam os serviços do CRAS
(Os valores de cada item devem somar 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

37. Quais das situações abaixo são mais frequentemente atendidas por este CRAS. (Marque as 4 principais)

- situações de negligência em relação a idosos
- situações de negligência em relação a crianças/adolescentes
- situações de negligência em relação a pessoas com deficiência
- situação de violência contra mulheres
- situações de violência doméstica
- outras situações de violência no território
- crianças e adolescentes fora da escola
- crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil
- indivíduos sem documentação civil
- famílias em descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família
- famílias elegíveis não inseridas nos programas ou benefícios de transferência de renda
- famílias em situação de insegurança alimentar
- demandas de provisão material (exceto alimentos)
- exploração ou abuso sexual de crianças e adolescentes
- jovens em situação de vulnerabilidade e risco social
- usuários de drogas
- pessoas em situação de rua

38. Há povos e comunidades tradicionais no território de abrangência deste CRAS?

- Sim
- Não (pule para a questão 41)

39. Este CRAS atende povos e comunidades tradicionais?

- Não atende (pule para a questão 41)
- Sim, atende Povos Indígenas
- Sim, atende Comunidade Quilombola
- Sim, atende Comunidade Ribeirinha
- Sim, atende outros povos e comunidades tradicionais

40. Este CRAS está localizado dentro de uma comunidade tradicional?

- Não
- Sim, dentro de uma comunidade indígena
- Sim, dentro de uma comunidade quilombola
- Sim, dentro de uma comunidade ribeirinha
- Sim, dentro de outras comunidades tradicionais

41. Indique se este CRAS possui as listas abaixo indicadas e com qual objetivo as utiliza:

Listagens	Não Possui	Indique qual o uso que o CRAS faz das listagens			
		Prioriza no atendimento do PAIF	Planeja a oferta de serviços no CRAS	Realiza busca ativa priorizando o público da lista	Não faz uso da listagem
Listagem dos beneficiários do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem das famílias em descumprimento das condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem das famílias em descumprimento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem de famílias inscritas no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal do seu território de atuação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem dos idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC/Idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem das pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC/ Pessoas com Deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem dos beneficiários do PETI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Indique quais sistemas informatizados do Governo Federal este CRAS tem acesso: (NÃO admite múltipla marcação, exceto se marcar que não tem acesso)

Sistema	Acesso aos sistemas		
	Para consulta/ pesquisa	Para inserção de dados	Não tem acesso ao sistema
CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SICON - Sistema Integrado de gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIBEC - Sistema de Benefícios ao Cidadão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BPC na Escola - Sistema de Informações do Programa BPC na Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISPETI - O Sistema de Controle e Acompanhamento do PETI (SUASWEB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISJOVEM - Sistema de Acompanhamento e Gestão do Projovem Adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carteira do Idoso – Sistema de Emissão da Carteira do Idoso (SUASWEB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Este CRAS realiza cadastramento ou atualização cadastral do CadÚnico?

- Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade
 Sim, com a equipe responsável pelo PAIF
 Sim, com outra equipe
 Não realiza

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS
45. Indique a formação, vínculo, carga horária e função de cada membro da equipe deste CRAS:

NOME	Sexo	Escolaridade	Formação	Vínculo	Função	CPF *	Carga horária SEMANAL
1)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* O número de CPF é obrigatório.

Escolaridade	Formação	Tipo de Vínculo	Função no CRAS
	Nível Superior (completo e incompleto)		
1. Ensino Fundamental Incompleto	1. Serviço Social	1- Servidor / Estatutário	1-Coordenador (a)
2. Ensino Fundamental Completo	2. Psicologia	2 - Empregado Público Celetista	2-Técnico (a)
3. Ensino Médio Incompleto	3. Pedagogia		3- Apoio Administrativo
4. Ensino Médio Completo	4. Administração	3 - Somente comissionado	4 – Auxiliar de Serviços Gerais
5. Ensino Superior Incompleto	6. Antropologia	4 - Contrato Temporário com a Prefeitura	5 - Estagiário
6. Ensino Superior Completo	7. Arquitetura	5 - Terceirizado de Empresa	
7. Especialização	8. Agronomia	6 - Terceirizado de Cooperativa	
8. Mestrado	9. Contabilidade	7 - Terceirizado de ONG	
9. Doutorado	5. Direito	8 - Estagiário	
	10. Educação Física	9- Outros vínculos não permanentes	
10. Sem escolaridade	11. Economia		
	12. Engenharia		
	13. Enfermagem		
	14. Fisioterapia		
	15. Geografia		
	16. História		
	17. Letras		
	18. Medicina		
	19. Nutrição		
	20. Sociologia		
	21. Terapia Ocupacional		
	22. Outra formação de nível superior		
	Nível Médio ou fundamental (completo ou incompleto)		
	99. Não se aplica		

• Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Formação, ao Tipo de Vínculo e à Função de cada pessoa

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo CRAS:

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

Coordenador do CRAS Técnico de nível superior do CRAS Outro

Telefone: (____) _____ Email: _____

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

Nome Legível: _____

CPF _____ Data: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

- Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica no município.
- Secretário Municipal de Assistência Social ou congênere
- Técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere
- Outros

Telefone: (____) _____ Email _____

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