

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 2015

Questionário do Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

RECOMENDA-SE A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Atenção!

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e para as Unidades Governamentais (exceto CREAS*) cujas ofertas apresentem alguma compatibilidade com as atividades e objetivos do "Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias".

O questionário eletrônico deverá ser preenchido no sistema pelo órgão gestor da Assistência Social no período de **26 de outubro a 27 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 deverá ser assinado pelo responsável pelas informações prestadas e 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.

** Em nenhuma hipótese este questionário deve ser preenchido para um CREAS. Caso exista a oferta deste serviço em algum CREAS do município, esta oferta será identificada no questionário específico do CREAS.*

Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2015 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 solucionadas, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

Atenção!

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e para as Unidades Governamentais (exceto CREAS) cujas ofertas apresentem alguma compatibilidade com as atividades e objetivos do Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS.

Serviço para a oferta de atendimento socioassistencial especializado a Pessoas com Deficiência e Idosos com algum grau de dependência de cuidados e suas famílias. (...) Tem a finalidade de oferecer cuidados durante o dia, em atividades básicas e instrumentais, complementares aos ofertados pela família, com o objetivo de proteger, evitar o isolamento social, promover autonomias, fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. O Serviço deve contar com equipe de profissionais de nível superior e de nível médio (cuidadores sociais), específica e habilitada para a prestação deste serviço especializado; espaço físico adequado em localização, tamanho, funcionalidade e acessibilidade; ações pautadas na identificação das necessidades de apoio e cuidados apresentadas pelos usuários e suas famílias e no reconhecimento de potencialidades dos usuários; no respeito e valorização da diversidade; na oferta variada de atividades de cuidados na perspectiva da redução da sobrecarga do estresse de cuidados e cuidadores, em virtude da oferta continuada dos cuidados; do não isolamento social; na ampliação das redes de apoios, convivência, compartilhamentos de cultura, artes, espiritualidade, dentre outras; na construção de autonomias, de vínculos familiares, sociais e comunitários e no fortalecimento do papel protetivo da família; no acesso a serviços essenciais, esporte, cultura e lazer e a benefícios no território; na identificação das situações de risco e de violações de direitos de cuidados e cuidadores e na realização de encaminhamentos para os setores competentes. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. Soma-se a isso o fato de que os profissionais da equipe poderão identificar demandas do dependente e/ou do cuidador e situações de violência e/ou violação de direitos e acionar os mecanismos necessários para resposta a tais condições. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.” (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – CNAS 2009)

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, acesse o link abaixo

http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome que identifica a unidade: _____

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc)

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Município: (Seleção)

UF: (Seleção)

E-mail: _____

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

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

Data de Implantação desta Unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: *(marcação do sistema)*

Estadual Municipal

2. Indique o Público atendido nesta Unidade: *(marcação múltipla – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência;

Adultos com deficiência e com algum grau de dependência;

Idosos com deficiência;

Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência)

3. Onde o Serviço é executado?

exclusivamente no domicílio *(preencha apenas os blocos 1, 2 e o bloco 7)*

exclusivamente na unidade

em ambos

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

5. Considerando as atividades realizadas por esta Unidade no atendimento às pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência, você diria que o Serviço prestado pela Unidade:

Esta questão deve ser respondida pela própria Unidade, preferencialmente pelo coordenador ou responsável técnico, devendo expressar sua avaliação a respeito do grau de compatibilidade entre as atividades efetivamente realizadas pela Unidade, e o “Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”, definido pelo SUAS.

É totalmente adequado às definições, princípios e diretrizes do SUAS

Está bastante próximo das definições, princípios e diretrizes do SUAS

Vem buscando se adequar às definições, princípios e diretrizes do SUAS, e em breve estará próximo

Está bastante distante das definições, princípios e diretrizes do SUAS

É totalmente divergente das definições, princípios e diretrizes do SUAS

6. Indique a Natureza desta Unidade: *(marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Governamental *(pule para questão 12)*

Não Governamental.

7. Em caso de Entidade Não Governamental, indique o CNPJ: |_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|-|_|_|_| *(caso necessário, atualize no CADSUAS)*

8. Esta Unidade faz parte de alguma rede/federação nacional ou estadual de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias?

Sim Não *(pule para a questão 10)*

9. Caso sim, informe qual: *(marcação única)*

Federação Nacional e/ou Estadual de APAES

Federação de Nacional e/ou Estadual de Associações Pestalozzi

Outras. Qual: _____

Outros. Qual? _____

18. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre as unidades. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços da unidade são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada **(siga para a questão 19)**

- Entrada / Porta de Acesso
- Recepção
- Cozinha
- Algumas salas de atendimento coletivo
- Todas as salas de atendimento coletivo
- Salas administrativas
- Banheiros
- Área Externa
- Almojarifado ou similar

19. Descreva o espaço físico desta Unidade: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)

Salas utilizadas para atividades com os usuários	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_ _ _
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_ _ _
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	_ _ _
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_ _ _
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração	
Quantidade de salas <i>(Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)</i>	_ _ _
Quartos ou Dormitórios * <i>(caso não possua, informe "zero")</i>	
Quantidade de quartos/dormitórios	_ _ _
Banheiros de uso exclusivo dos trabalhadores	_ _ _
Banheiros para uso dos usuários	_ _ _

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almojarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Piscina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quadra esportiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação (exceto quadra e piscina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

20. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas nesta Unidade: (Resposta única por linha).

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 no interior da unidade	_	_	_
Rota acessível aos espaços da Unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_

Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

21. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade?
(Admite múltiplas respostas)

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
 Sim, suporte de material em braille.
 Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual .
 Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? _____
 Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? _____
 Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual
 Não há outras adaptações.

22. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços desta unidade. (Admite múltiplas respostas).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Telefone uso exclusivo | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| <input type="checkbox"/> Telefone uso compartilhado | <input type="checkbox"/> Armários individualizados para guarda de pertences |
| <input type="checkbox"/> Impressora | <input type="checkbox"/> Artigos de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV) | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som | <input type="checkbox"/> Cadeiras para banho |
| <input type="checkbox"/> DVD/Vídeo Cassete | <input type="checkbox"/> Geladeira |
| <input type="checkbox"/> Datashow | <input type="checkbox"/> Freezer |
| <input type="checkbox"/> Máquina Fotográfica | <input type="checkbox"/> Fogão |
| <input type="checkbox"/> Filmadora | <input type="checkbox"/> Micro-ondas |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo | <input type="checkbox"/> Máquina de lavar roupa |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado | <input type="checkbox"/> Secadora de roupa |
| <input type="checkbox"/> Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes | <input type="checkbox"/> Camas/ leitos. Quantidade? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (Livros) | <input type="checkbox"/> Sofás/ poltronas |
| <input type="checkbox"/> Brinquedos | |

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

23.1) Quantidade total de computadores na Unidade:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.2) Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

BLOCO 4 – Serviços e Atividades

24. Esta Unidade oferta exclusivamente serviços voltados para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com dependência (e suas famílias)?

- Sim Não

25. O Serviço para Pessoas com Deficiência e/ou Pessoas Idosas com dependência ofertado nesta Unidade possui capacidade para atender quantos usuários por turno?

- usuários por turno

26. Em média, quantos dias por semana os usuários da unidade frequentam este serviço?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> um dia, ou menos, a cada mês | <input type="checkbox"/> dois a três dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por quinzena | <input type="checkbox"/> quatro a cinco dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por semana | <input type="checkbox"/> mais de cinco dias por semana |

27. Em média, quantas horas por dia os usuários da unidade permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> menos de uma hora | <input type="checkbox"/> nove a dez horas |
| <input type="checkbox"/> duas a três horas | <input type="checkbox"/> onze a doze horas |
| <input type="checkbox"/> quatro a seis horas | <input type="checkbox"/> mais de doze horas |
| <input type="checkbox"/> sete a oito horas | |

28. Indique as ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas com algum grau de dependência nesta Unidade: (admite múltiplas respostas).

- Acolhida e escuta inicial
- Estudo social
- Orientação sobre acesso ao BPC e outros benefícios;
- Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal;
- Orientação para realização de cadastro no CadÚnico;
- Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
- Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização
- Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais
- Encaminhamento para os serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para política de educação
- Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Acompanhamento dos usuários encaminhados para a rede
- Registro de informações em prontuário
- Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento
- Visitas Domiciliares
- Atividades com a família do usuário
- Mobilização dos usuários para acesso ao serviço
- Apoio e orientação aos cuidadores familiares
- Orientação sobre tecnologias assistivas
- Orientação e apoio nos autocuidados
- Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade
- Provimento de bens materiais
- Provisão de órteses e próteses

29. Além das atividades acima descritas, informe quais das demais atividades abaixo descritas são realizadas nesta Unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta Unidade): (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- Alfabetização
- Escolarização Formal
- Reforço Escolar
- Ensino do método Braille de leitura
- Ensino de Libras
- Atendimentos Médicos
- Atendimento Odontológico
- Terapia Ocupacional
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Atendimento Clínico em Psicologia
- Atividades Esportivas
- Atividades Culturais (musicalização, entre outros)
- Outras atividades. Quais? _____
- Nenhuma das atividades acima

30. Esta Unidade oferece alimentação aos usuários? (admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não oferta alimentação").

- Não oferta alimentação (siga para a questão 31)
- Lanches/Café da manhã
- Almoço
- Lanche/ Café da Tarde
- Jantar
- Lanche/Café da Noite

31. Apresente o percentual aproximado das formas pelas quais os usuários acessam os serviços desta unidade (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

32. Qual(is) o(s) três principais responsável(is) pelo encaminhamento de usuários para esta unidade? (admite múltiplas respostas).

- Secretaria Municipal de Assistência Social
 Secretaria Estadual de Assistência Social
 Centro de Referência da Assistência Social – CRAS
 Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS
 Poder Judiciário
 Ministério Público
 Entidades privadas de assistência social
 Unidades de Saúde
 Escolas
 Unidades de Acolhimento (abrigos)
 Família de pessoas que já frequentam a Unidade
 Outros. Quais? _____

33. Quais os critérios de admissão utilizados para a inserção dos usuários neste serviço? (admite múltiplas respostas).

- Ordem de chegada
 Local de moradia do usuário
 Grau de vulnerabilidade/risco pessoal e social
 Grau de dependência
 Renda domiciliar
 Composição familiar
 Outro. Qual? _____

34. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2015, conforme o quadro abaixo:

Número de usuários atendidos no Serviço no mês de Agosto de 2015	Quantidade
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	<input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	<input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	<input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe
Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	<input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe
Idosos (60 anos ou mais) com deficiência;	<input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe
Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	<input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe
Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2015	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> () Não Sabe

35. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2015 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 houver, marcar 0)

- Quantidade de Idosos beneficiários do BPC Não sabe informar
 Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC Não sabe informar

36. A unidade utiliza instrumento específico de avaliação do grau de dependência dos usuários?

- Sim Não

37. A unidade possui Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento para cada usuário?

- Sim Não (pule para a questão 39)

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

40. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA
				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										
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função na unidade	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino 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. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista - CLT 5. Terceirizado 6. Empregado Celetista do setor privado - CLT 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível 3. Superior 4. Cuidador(a) 5. Auxiliar de Cuidador 6. Orientador/Educador(a) 7. Social 8. Apoio administrativo 9. Estagiário(a) 10. Serviços Gerais 11. Outro	1. Maior que 40 horas semanais, 2. Menor que 20 horas semanais, 3. 20 horas semanais, 4. 30 horas semanais, 5. 40 horas semanais

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária e Serviços realizado de cada trabalhador.

BLOCO 7 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / ___

Assinatura:

Cargo/Função:

Coordenador da unidade

Técnico de nível superior da unidade

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

A questão abaixo é de Preenchimento Exclusivo do Órgão Gestor da Assistência Social

41. Considerando as atividades realizadas por esta Unidade no atendimento às pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência, você diria que o Serviço prestado por esta Unidade:

*Esta questão deve ser respondida pelo Órgão Gestor da Assistência Social, preferencialmente pelo responsável técnico da Proteção Social Especial, devendo expressar sua avaliação a respeito do grau de compatibilidade entre as atividades efetivamente realizadas pela Unidade, e o “Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”, definido pelo SUAS. **

É totalmente adequado às definições, princípios e diretrizes do SUAS

Está bastante próximo das definições, princípios e diretrizes do SUAS

Vem buscando se adequar às definições, princípios e diretrizes do SUAS, e em breve estará próximo

Está bastante distante das definições, princípios e diretrizes do SUAS

É totalmente divergente das definições, princípios e diretrizes do SUAS, e não pretende se adequar

*** O conteúdo desta resposta será mantido em sigilo. Serão divulgados apenas os percentuais, sem identificação individualizada das respectivas Unidades ***

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

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / ___

Assinatura:

Cargo/Função:

Secretário Municipal/Estadual 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: (____) _____ Email: _____

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)