

CENSO SUAS 2024

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Fundo Estadual

Fundo Estadual de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.

Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2024, os responsáveis necessitarão utilizar o **login** e a **senha do gov.br** (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- Chat: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- Email: vigilanciasocial@mds.gov.br
- Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- Pelo telefone: 121
- Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

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.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome: _____
Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): _____
Endereço: _____ Número: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Ponto de Referência: _____
CEP: _____ Município: _____ UF: _____
E-mail: _____
DDD – Telefone: |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Ramal: |__|__|__|__|

BLOCO 2 – GESTÃO ORÇAMENTÁRIA

1. Este Fundo é uma unidade orçamentária? **(Caso seja necessário atualize estes dados no CADSUAS)**

Sim Não

2. O(a) ordenador(a) de despesa do FEAS é? **(Resposta única)**

- O(a) Governador(a)
 O(a) Secretário(a) Estadual de Assistência Social.
 Outro(a) Funcionário(a) da Secretaria de Assistência Social.
 Secretário(a) ou técnico(a) de outra área.

3. No exercício de 2023, os recursos PRÓPRIOS ESTADUAIS que foram aplicados na Assistência Social foram alocados na unidade Orçamentária do Fundo Estadual de Assistência Social? **(Resposta única)**

- Sim, a totalidade dos recursos próprios foi alocada no FEAS.
 Sim, a maior parte dos recursos próprios foi alocada no FEAS.
 Sim, a menor parte dos recursos próprios foi alocada no FEAS.
 Não, os recursos próprios do estado não são alocados no FEAS.

4. O órgão gestor estadual fez, em 2023, transferência de recursos por convênio/termo de parceria para Organizações da Sociedade Civil ou Entidades de Assistência Social no estado? **(Resposta única)**

- Não **(pule para a questão 6)**
 Sim, com recursos do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS)
 Sim, com recursos de outras fontes
 Sim, com recursos do FEAS e de outras fontes

5. Quantas entidades receberam, em 2023, recurso do órgão gestor estadual por convênio/termo de parceria por bloco? **(Se não tiver, marcar 0. Caso a entidade receba recursos referentes a mais de um bloco de cofinanciamento, contabilizá-la em todas as opções a que o caso se adequar)**

|__|__|__| Total de entidades

BLOCO 3 – COFINANCIAMENTO ESTADUAL

6. O estado realizou em 2023 algum cofinanciamento aos municípios? **(Resposta Única)**

- Sim, apenas fundo-a-fundo.
 Sim, apenas por convênio **(pule para a questão 10)**.
 Sim, por ambos
 Não **(pule para a questão 14)**.

7. Existe Decreto ou Lei estadual que regulamenta o repasse fundo-a-fundo aos municípios?

Sim Não

8. Em 2023, como foi organizado o cofinanciamento fundo-a-fundo para os serviços socioassistenciais? **(Resposta Única)**

- O cofinanciamento foi realizado por serviço socioassistencial (PAIF, PAEFI, entre outros)
 O cofinanciamento foi realizado por nível de proteção (Proteção Social Básica/Proteção Social Especial)

O cofinanciamento foi comum a todos os serviços socioassistenciais

Outra organização. Qual? _____

9. Em 2023, com que frequência foi feito o repasse fundo-a-fundo do estado para o município? (Resposta Única)

Mensalmente

Semestralmente

Bimestralmente

Anualmente

Trimestralmente

Não houve frequência regular

10. Em 2023, o cofinanciamento realizado (fundo-a-fundo e convênio) foi destinado a: (Admite múltiplas respostas)

Atenção! Caso o estado descentralize um único valor para cofinanciar todos - ou vários - serviços socioassistenciais, marque apenas a opção "Outros" e descreva a situação.

Serviços de Proteção Social Básica

Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade

Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Benefícios Eventuais

Incentivo financeiro para Gestão do SUAS

Outros. Qual? _____

11. O cofinanciamento realizado (fundo-a-fundo e convênio) permitiu pagamento de pessoal (recursos humanos)?

Sim

Não

12. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Serviços Socioassistenciais em 2023: Caso não possua, insira "0" (zero).

Serviços	TOTAL DE MUNICÍPIOS COM COFINANCIAMENTO ESTADUAL (convênio e/ou fundo-a-fundo)*	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual FUNDO-A-FUNDO	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de CONVÊNIO
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _

***O total não pode ser maior que o número de municípios do Estado.**

13. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Benefícios Eventuais em 2023: Caso não possua, insira "0" (zero).

Benefícios Eventuais	Quantidade total de municípios com cofinanciamento estadual (fundo-a-fundo e/ou convênio)*	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual fundo-a-fundo	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de convênio
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _

***O total não pode ser maior que o número de municípios do Estado.**

14. O estado regulamentou o cofinanciamento dos benefícios eventuais para os municípios? (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

Não

Sim, benefício eventual por situação de nascimento

Sim, benefício eventual por situação de morte

Sim, benefício eventual por situação de vulnerabilidade temporária

Sim, benefício eventual por situação de calamidade (inclui desastres e emergências)

15. A CIB pactuou cofinanciamento estadual para benefícios eventuais? (admite múltiplas respostas)

Sim, para benefício eventual por nascimento

Sim, para benefício eventual por morte

Sim, para benefício eventual por situação de vulnerabilidade temporária

Sim, para benefício eventual em situação de calamidade

Não pactuou

16. No ano de 2023, o estado construiu ou financiou a construção e/ou reforma de unidades municipais da Assistência Social (CRAS/CREAS/etc.)? (Resposta Única)

- Sim, houve construção e/ou reforma direta pelo estado de unidades da assistência social nos municípios.
 Sim, houve repasse de recursos aos municípios para construção e/ou reforma de unidades da assistência social.
 Não

BLOCO 4 – ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA IGD-PBF

17. Qual o percentual, aproximadamente, que seu estado destina dos recursos do IGD-PBF para o Conselho Estadual de Assistência Social:

- Menos de 3%.
 de 3% a 5%.
 de 5% a 10%.
 Mais de 10%.
 Não sei.
 O estado não destina recursos do IGD-PBF para o Conselho Estadual de Assistência Social.

BLOCO 5 – GESTÃO DE RECURSOS

1. **IMPORTANTE:** O VALOR DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELO GOVERNO FEDERAL NÃO DEVE SER INFORMADO.
2. Considerar os recursos efetivamente alocados durante o ano de 2023 para a política de assistência social, independentemente de estar ou não na unidade orçamentária do Fundo ou do Órgão Gestor, incluso os recursos reprogramados ou inscritos em restos a pagar oriundos do ano de 2022.
3. Considerar despesas pagas do Fundo e do Órgão Gestor, incluindo somente as que são relacionadas aos serviços, programas, projetos, Incentivo financeiro para Gestão do SUAS e benefícios socioassistenciais.
4. Considerar despesas efetivamente pagas em 2023, no quadro de despesa, excluindo, portanto, os inscritos em restos a pagar para 2024 e incluindo, portanto, os restos a pagar oriundos de 2022 e pagos em 2023.
5. Considere o valor total das despesas na assistência social, incluindo despesas com folha de pagamento de pessoal e com benefícios (como, por exemplo, benefícios socioassistenciais, como programas próprios de transferência de renda ou benefícios eventuais).
6. Responda a última opção “não sabe informar” apenas se o estado não tiver acesso aos dados financeiros.

18. Especifique os recursos próprios alocados e despesas pagas do Estado na área de Assistência Social segundo os Blocos de Financiamento no ano de 2023, informando o valor total de recursos alocados, o valor total das despesas pagas com recursos próprios estaduais e o valor total repassado aos municípios (Fundo a Fundo e Convênios).

	Recursos:	Despesas:	Cofinanciamento:
	Valor alocado referente aos <u>recursos próprios</u> do Estado	Valor da despesa realizada com recursos próprios do Estado	Valor total repassado aos municípios
Proteção Social <u>Básica</u>	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar
Proteção Social <u>Especial</u>	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar
Benefícios	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar
Gestão	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar
Programas	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar
Outros	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar
Total	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar	R\$ _____ _ Não sabe informar

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

19. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária a qual a(o) profissional está vinculada(o) de cada membro da equipe do Fundo, conforme quadros abaixo:

Atenção! Entende-se equipe do Fundo de Assistência Social como o conjunto de pessoas designadas (mesmo que seja apenas uma) para trabalhar no setor administrativo (seja chamado de coordenação, coordenação-geral, diretoria, departamento, seção, divisão ou outra nomenclatura análoga) responsável pela gestão do Fundo.
Neste quadro devem ser identificados os profissionais que atuam diretamente com atividades ligadas ao Fundo Estadual de Assistência Social, podendo ser exclusivos ou não. Os profissionais do FEAS devem ser cadastrados na aba de Órgão Gestor e de Fundo no CADSUAS, simultaneamente.

Não há equipe do Fundo de Assistência Social no Estado

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Mandato DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Fundo de Assistência Social	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 (a) 3 – Pedagogo (a) 4 – Advogado(a) 5 – Administrador (a) 6 – Antropólogo (a) 7 – Sociólogo (a) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político(a) 10 – Nutricionista 11 – Médico(a) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstico 16 – Enfermeiro (a) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outro(a) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional 22 - Contador	1 – Comissionado 2 – Empregado Público Celetista (CLT) 3 – Outro vínculo não permanente 4 – Servidor Temporário 5 – Servidor/Estatutário 6 – Terceirizado 7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1– Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a) 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiário(a) 5 – Gestor(a) 6 – Ordenador(a) de Despesas 5 – Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas, etc) 6 – Técnico(a) de nível Médio 7 – Técnico(a) de nível superior 8 – Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais

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

BLOCO 7 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / _____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

Identificação do(a) representante da Fundo Estadual de Assistência Social:

Não há representante do Fundo designado no Estado *(finalizar o questionário)*

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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