

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 2018

Questionário Centro POP

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico do Centro POP deverá ser preenchido pelos municípios no período de 24 de setembro a 16 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 2030-3118/ 3130/ 3954/ 3026/ 3127, 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/sagi/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 2018 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). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Atenção! Os Centros Especializados da Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua devem ser cadastrados no CADSUAS.

Nome que identifica o Centro POP: _____

Selecione/Indique o Tipo de Logradouro (Avenida, Rua, Praça, etc.): _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

[illegible]

Data de Implantação do Centro POP: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA

1. Horário de funcionamento: |____| dias por semana |____| horas por dia

2. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?

“Entende-se por compartilhamento de espaço os Centro POP que: não garantem a exclusividade dos ambientes destinados à oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Contudo, ressaltamos que o **Serviço de Abordagem Social** -desde que, por oferta direta pelo Centro POP, **Cadastro Único, Bolsa Família e Concessão de Benefícios Eventuais**, **NÃO SÃO** considerados compartilhamento, pois constituem serviços ou programas que podem ser desenvolvidos no Centro POP.”

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 5*)

3. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua compartilha o imóvel. *(Admite múltiplas respostas)*

☐ Secretaria de Assistência Social ou congênere

☐ Conselho Municipal de Assistência Social

☐ CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

☐ CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
☐ Unidade de Acolhimento Institucional (Abrigo)

☐ Outra unidade pública de serviços da Assistência Social

☐ ONG/Entidade/Associação Comunitária

Outros. Qual? _____

4. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e a outra Unidade. *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

☐ Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do Centro de Referência para População em Situação de Rua são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada *(siga para a questão 5)*

☐ Entrada / Porta de Acesso

☐ Recepção

☐ Algumas salas de atendimento

☐ Todas as salas de atendimento

- ☐ Salas administrativas
☐ Espaço para atividades coletivas
☐ Banheiros
☐ Copa/cozinha
☐ Área Externa
☐ Almojarifado ou similar
☐ Refeitório
☐ Lavanderia
☐ Espaço para guarda de pertences
☐ Outros

5. Descreva o espaço físico deste Centro de Referência para População em Situação de Rua: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço. No caso de não possuir, inserir o valor "0")

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (Não são salas de atendimento!)	<input type="text"/>
Banheiro de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es) do Centro POP	<input type="text"/>
Banheiro para uso das(os) usuárias(os) do Centro POP	<input type="text"/>
Espaço para higiene pessoal (Box com chuveiros individualizados)	<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 ou similar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades coletivas e/ou comunitárias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lavanderia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para guarda de pertences	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para animais de estimação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

6. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que esta Unidade possui: (Resposta única por linha)

Condições de acessibilidade apresentadas:	SIM, De acordo com a Norma da ABNT	SIM, Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos principais espaços da Unidade (recepção, sala de atendimentos e espaço(s) para atividades coletivas)	<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 dificuldades de locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não há outras adaptações")

- ☐ Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
☐ Sim, suporte de material em braile
☐ 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

8. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços deste Centro, informando se é permitido acesso das(os) usuárias(os) aos mesmos.

Equipamento	Equipamento ou material disponível na Unidade				Caso sim, indique se está disponível (às) aos usuárias(os)			
Telefone	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Impressora	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Máquina Copiadora	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Televisão (TV)	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Equipamento de som	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
DVD	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Datashow	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Livros	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Materiais socioeducativos	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Armários individualizados para guarda de pertences	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Artigos de higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Geladeira	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Freezer	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Fogão	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Micro-ondas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Máquina de lavar roupas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Secadora de roupas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Tanque de lavar roupas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Veículo de uso exclusivo	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
Veículo de uso compartilhado	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				

9. Indique a quantidade de computadores em perfeito funcionamento, existentes neste Centro: **(Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver computador que se enquadre em alguma das respostas a seguir.)**

Quantidade total de computadores na Unidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de computadores para utilização pelas(os) usuárias(os):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Este Centro de Referência para População em Situação de Rua facilita o acesso ou oferece alimentação às(aos) usuárias(os)?

☐ Sim ☐ Não **(pule para a questão 12)**

11. Indique abaixo as refeições que são oferecidas às(aos) usuárias(os) deste Centro POP e o local de oferta: **(Caso responda “Não” na pergunta “É ofertada a refeição?”, pule para a próxima linha)**

	É ofertada a refeição?	Em qual local?		
		Restaurante Popular	Em outra unidade pública ou privada	No espaço deste Centro POP
Lanche/Café da Manhã	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche/Café da Tarde	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jantar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche/Café da Noite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 3 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

12. Indique as ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade: *(admita múltiplas respostas)*

- ☐ Acolhida em Grupo realizada por profissional de nível superior
- ☐ Acolhida Particularizada realizada por profissional de nível superior
- ☐ Acompanhamento particularizado de famílias ou indivíduos
- ☐ Orientação sócio-jurídica
- ☐ Apoio para obtenção de documentação pessoal
- ☐ Orientação e encaminhamento para acesso ao BPC
- ☐ Orientação e encaminhamento para acesso a benefícios eventuais
- ☐ Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
- ☐ Ações de mobilização e participação social
- ☐ Mobilização de família extensa ou ampliada
- ☐ Mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio
- ☐ Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial público
- ☐ Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial privado
- ☐ Encaminhamento de usuárias(os)/dependentes de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde
- ☐ Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde
- ☐ Encaminhamento para políticas de educação (jovens e adultos, etc.)
- ☐ Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- ☐ Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos
- ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para demais políticas (trabalho, habitação, etc.)
- ☐ Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhados para rede
- ☐ Registro dos atendimentos/acompanhamentos em prontuário
- ☐ Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em atendimento
- ☐ Estudo de caso/Discussão de casos em equipe
- ☐ Palestras
- ☐ Outras. Quais? _____

13. Este Centro realiza oficinas/atividades em grupo com temas transversais no âmbito do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade? *(Resposta única)*.

- ☐ Sim, com periodicidade programada
- ☐ Sim, sem periodicidade programada
- ☐ Não *(pule para a questão 15)*

14. Indique as atividades coletivas normalmente realizadas com as(os) usuárias(os) deste Centro POP: *(Admita múltiplas respostas)*

- ☐ Atividades esportivas
- ☐ Musicalidade (cantar, tocar instrumentos, etc.)
- ☐ Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel, etc.)
- ☐ Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, etc.)
- ☐ Atividades de inclusão digital
- ☐ Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa, etc.)
- ☐ Atividades que envolvam alimentos (culinária, alimentos, hortas, etc.)
- ☐ Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro, brincadeiras de roda, esconde-esconde, mímica, etc.)
- ☐ Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- ☐ Prestam atividades de cuidado de vida diária
- ☐ Outros. Qual? _____

15. Em relação ao acesso ao mundo do trabalho, indique abaixo as ações/iniciativas deste Centro: *(admita múltiplas respostas)*

- ☐ Encaminhamento para capacitação profissional/cursos profissionalizante
- ☐ Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições
- ☐ Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional
- ☐ Encaminhamento para programas de geração de trabalho e renda
- ☐ Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- ☐ Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- ☐ Outros

16. Quando a(o) usuária(o) demanda acolhimento provisório (pernoite e/ou pousada temporária), esta unidade: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar uma das duas últimas opções)*

- ☐ Encaminha para uma unidade de acolhimento da rede Socioassistencial
☐ Encaminha para uma unidade de outra política pública. Qual? _____
☐ Outro. Qual? _____
☐ Não encaminha para acolhimento provisório
☐ Não há estratégias de acolhimento provisório no município

17. Este Centro POP encaminha usuárias(os) para política de habitação? Caso sim, com qual frequência? *(Caso responda “Não” na pergunta “Esta unidade possui serviço de referência para encaminhar as(os) usuárias(os)?”, pule para a próxima linha)*

	Esta unidade possui serviço de referência para encaminhar (as)os usuárias(os)?	Com que frequência há o encaminhamento?			
		Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
República para adultos em processo de saída das ruas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Aluguel Social	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Habitação Popular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atenção! A questão 18 corresponde ao Bloco I do Registro Mensal de Atendimentos do Centro POP (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011, alterada pela Resolução nº 02/2018). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2018 as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS.** Caso o mês de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Registro e, **deverá efetuar o preenchimento integral do Registro Mensal de Atendimentos do Centro POP**, incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.

18. Indique a quantidade de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência de Agosto de 2018. *(Mês de referência: Agosto/2018)*

A. Pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
A.1. Quantidade e perfil das pessoas em situação de rua atendidas no mês de referência	<input type="text"/>	Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BLOCO 4 – Serviço Especializado em Abordagem Social

19. Este Centro POP realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social? *(Resposta única).*

- ☐ Sim, com equipe exclusiva para Abordagem *(pule para a questão 21).*
☐ Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem. *(Pule para a questão 21).*
☐ Não realiza com a equipe deste Centro POP, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP
☐ Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP *(pule para a questão 25)*

20. No caso da execução do Serviço de Abordagem por unidade referenciada, indique as atividades realizadas por este Centro POP: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- ☐ Cumpre função de coordenador do Serviço referenciado
☐ Coleta/recebe periodicamente informações sobre dados de atendimento do Serviço
☐ Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com a Unidade referenciada
☐ Participa do processo de planejamento das atividades do Serviço
☐ Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
☐ Constrói estratégias metodológicas do Serviço
☐ Elabora relatórios técnicos específicos sobre casos atendidos/acompanhados pelo Serviço
☐ Realiza estudos de caso em parceria com o Serviço
☐ Define procedimentos comuns e/ou complementares ao Serviço
☐ Possui fluxos de encaminhamentos e trocas de informações com o Serviço
☐ Articula com a rede de serviços socioassistenciais
☐ Articula com a rede dos serviços das políticas públicas setoriais
☐ Articula com os órgãos do Sistema de Justiça
☐ Articula com os órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar, etc.)

☐ Não realiza nenhuma das atividades acima *(pule para a questão 25).*

21. Quais as atividades realizadas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social? *(Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Identificação de situações de risco pessoal e social com direitos violados
- ☐ Conhecimento/mapeamento do território
- ☐ Informação, comunicação e defesa de direitos das(os) usuárias(os)
- ☐ Escuta e orientação
- ☐ Construção de vínculo entre a equipe de referência e usuárias(os)
- ☐ Encaminhamentos para a rede de serviços locais
- ☐ Articulação da rede de serviços socioassistenciais
- ☐ Articulação com os serviços de políticas públicas setoriais
- ☐ Articulação com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- ☐ Articulação com os órgãos do Sistema de Justiça
- ☐ Registro de atendimento das(os) usuárias(os)
- ☐ Elaboração de relatórios
- ☐ Ações de sensibilização para divulgação do trabalho realizado
- ☐ Ações para fortalecimento de vínculos familiares e comunitários

22. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:

☐ dias por semana ☐ Sem frequência regular

23. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a abordagem social:

☐ Diurno ☐ Noturno ☐ Ambos

24. A Abordagem Social é realizada em parceria com: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- ☐ A Abordagem é realizada exclusivamente pela equipe do Centro Pop *(siga para a questão 25)*
- ☐ Equipes da atenção básica de saúde
- ☐ Equipes de saúde mental
- ☐ Equipes de serviços de acolhimento
- ☐ Equipes do CREAS
- ☐ Equipes de outras unidades públicas da rede socioassistencial
- ☐ Equipes de entidades da rede socioassistencial privada
- ☐ Integrantes de movimentos sociais
- ☐ Guarda municipal
- ☐ Polícia militar
- ☐ Órgãos de defesa de direitos
- ☐ Outros

BLOCO 5 – BENEFÍCIOS, CADASTRO ÚNICO e PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIAS(OS)

25. É feita concessão de Benefícios Eventuais neste CENTRO POP?

Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente da entrega ser realizada no CENTRO POP ou em outro órgão do município.

☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 28)*

26. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CENTRO POP? *(Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Benefício Eventual em situação de morte
- ☐ Benefício Eventual em situação de natalidade
- ☐ Benefício Eventual em situação de calamidade
- ☐ Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social

27. Este CENTRO POP realiza cadastramento ou atualização do CadÚnico? *(Resposta Única)*

- ☐ Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade
- ☐ Sim, com a equipe responsável pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua
- ☐ Sim, com outra equipe
- ☐ Não, apenas encaminha a(o) usuária(o) para realização do cadastramento em outro local/unidade

☐ Não cadastra nem encaminha usuárias(os) para o CadÚnico

28. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro POP? *(Resposta única)*

| Não (*pule para a questão 30*)

☐ Sim, porém de maneira informal e ocasional

☐ Sim, de maneira informal, mas constante

☒ Sim, de maneira formal e regular

29. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)

| Convida as(os) usuárias(os) para as reuniões de planejamento desta unidade

☐ Apoio financeiro para a participação de reuniões de planejamento junto a esta unidade

Existência de representante de usuárias(os) junto à unidade	
---	--

☐ Eleição para representante de usuárias(os) junto à unidade

☐ Estimula a formação de coletivo/comitê de usuárias(os)

Realiza questionário de satisfação/ pesquisa de opinião (inclui urna de sugestões)	
--	--

<input type="checkbox"/>	Realiza reuniões/entrevistas específicas a fim de coletar a demanda das(os) usuárias(os)
--------------------------	--

☐ O Centro POP possui ouvidoria estruturada

☐ As(Os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas da unidade

	Estimula a participação de usuárias(os) nos Conselhos de Assistência Social e/ou Conselho de Direitos
--	---

☐ Outros. Qual?

BLOCO 6 – ARTICULAÇÃO

30. Indique as ações de articulação desta Unidade com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município/DF. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')

[illegible]

Movimentos organizados da população em situação de rua

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

31. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas/seus profissionais em capacitação sobre os seguintes temas? (Múltipla escolha, exceto se marcar que “Não proporcionou/facilitou a participação das(os) profissionais”)

☐ Deficiência

☐ Gênero

☐ População em situação de rua

☐ População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero (Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais)

☐ Álcool e outras drogas

☐ Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais etc.)

☐ Violências e violações de direitos

☐ Trabalho Infantil

☐ Criança e Adolescente

☐ Juventude

☐ Envelhecimento

☐ Sistema Socioeducativo/ Medida Socioeducativa/ SINASE

☐ Migração

☐ Mundo do trabalho

☐ Outros. Especifique: _____

☐ Não proporcionou/facilitou a participação das(os) profissionais

32. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?

☐ Sim. Quantos? ☐☐☐☐

☐ Não

33. O(A) coordenador(a) desta Unidade: (resposta única)

☐ exerce exclusivamente a função de coordenador(a)

☐ acumula as funções de coordenador(a) e de técnico(a) nesta Unidade

☐ acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social ou do DF

☐ não há coordenador(a) nesta Unidade

34. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, carga horária semanal e serviços ao qual está vinculado 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			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA	Serviços/Atividade a qual o profissional está vinculado		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade	Terceiro principal serviço/atividade
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro POP	Carga Horária	Serviços/Atividades
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 Doméstica(o) 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	1 – Comissionada(o) 2 – Servidor(a)/Estatutária(o) 3 – Servidor(a) Temporária(o) 4 – Empregada(o) Pública(o) Celetista (CLT) 5 – Terceirizada(o) 6 – Outro vínculo não permanente 7 – Trabalhador(a) de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntária(o) 9 – Sem vínculo	1 – Coordenador(a) 2 – Técnico(a) de nível superior 3 – Educador(a) Social 4 – Cadastrador(a) 5 – Apoio Administrativo 6 – Estagiário(a) 7 – Serviços Gerais (<i>limpeza, conservação, motoristas, etc</i>) 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	<p>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior.</p> 1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua 3 – Serviço de Abordagem Social 4 – Cadastramento e/ou revisão/atualização cadastral 5 – Outros

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função, Carga Horária e Serviço a qual está vinculado de cada trabalhador.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Centro POP:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- ☐ Coordenador(a) do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
☐ Técnico(a) de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
☐ Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- ☐ Secretário(a) Municipal de Assistência Social ou congênere
☐ Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.
☐ Técnico(a) da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congênere
☐ Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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