

CENSO SUAS 2020

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Posto de Cadastro Único

Locais com a finalidade central de realizar inclusão ou atualização cadastral do Cadastro Único e procedimentos afins

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

19 de outubro a 04 de dezembro

Unidades como CRAS, CREAS e Centros POP não devem responder este questionário

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 2020 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: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: vigilanciasocial@cidadania.gov.br
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

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.

Questionário Postos do Cadastro Único

Locais com a finalidade central de realizar a inclusão ou atualização cadastral das famílias no Cadastro Único e procedimentos afins

Postos do Cadastro Único são locais, casas, prédios ou qualquer unidade que são utilizados com a finalidade de realizar a inclusão ou atualização cadastral das famílias no Cadastro Único e os procedimentos afins de gestão e operacionalização do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família. Incluem-se neste rol:

- ✓ Postos que executam exclusivamente tais atividades;
- ✓ Postos alocados em unidades de outras políticas públicas ou outras unidades administrativas, como secretaria de habitação e de desenvolvimento rural, prefeitura, entre outras;
- ✓ Espaços alocados dentro do órgão gestor da Assistência Social;
- ✓ Postos inseridos em serviços integrados ao cidadão (Na Hora, Vapt Vupt, Poupa Tempo etc.)
- ✓ Postos inseridos em conselhos de direitos (Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Tutelar ou outro conselho municipal)

Unidades como CRAS, CREAS e Centros POP não devem responder este questionário, mesmo que desenvolvam atividades de inclusão e atualização cadastral. Nesses casos, preencha estas informações nos respectivos questionários desses equipamentos.

Para que o Censo SUAS 2020 seja preenchido com informações dos Postos de Cadastro Único, é necessário o preenchimento anterior desta unidade no CADSUAS.

Acesse o CADSUAS com o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, vá em Rede Socioassistencial em "outros" e preencha as informações sobre o Posto do Cadastro Único. Para mais informações, acesse o documento "Orientações para o registro de Postos do Cadastro Único no CADSUAS" em <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/censosuas> - Orientações Adicionais.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO POSTO DO CADASTRO UNICO**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Denominação: _____

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.): _____

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: (caixa com campo texto): _____

CEP: _____

Município: (Seleção) _____ UF: (Seleção) _____

E-mail: _____

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

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

Ao responder este questionário leve em consideração o período de tempo expresso na questão. Quando não houver data expressa, responda conforme a realidade no momento de preenchimento.

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA**1. Este local é: (Resposta única)**

Atenção! Unidades como CRAS, CREAS e Centros POP não devem responder este questionário

- Sede da Secretaria da Assistência Social ou congêneres;
- Outra unidade administrativa (Sede da Prefeitura, Sede de Outra Secretaria, Administração Regional, Subprefeituras, Unidades de outras políticas públicas etc.);
- Posto exclusivo para atendimento do Cadastro Único;
- Serviço Integrado para o Cidadão (Na Hora, Vapt Vupt, Poupa Tempo etc.);
- Escola;
- Entidade privada, Associação Comunitária ou ONG;
- Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Tutelar ou outro conselho municipal;
- Outro. Qual? _____

2. Horário de funcionamento: |_|_| dias por semana |_|_| horas por **SEMANA** *(Atenção! Somatório das horas por dia)*

3. Indique se a Unidade está localizada em: (Resposta única)

Área urbana Área rural

4. O local onde funciona a Unidade é servido por transporte público (ônibus/trem/metrô/barcas)? (Resposta única)

- Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)
- Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)
- Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

5. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade: (Resposta única)

Próprio Alugado Cedido

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

Atenção! Considere o guichê de atendimento qualquer local utilizado para atender a família, pode ser uma mesa com ou sem computador com acesso ao Sistema de Cadastro Único.

Salas utilizadas para atendimento individual ou coletivo	Quantidade de salas
Salas para atendimento de apenas uma família por vez	
Salas com 2 a 5 guichês de atendimento	_ _ _
Salas com 6 a 10 guichês de atendimento	_ _ _
Salas com 11 a 15 guichês de atendimento	_ _ _
Salas com mais de 15 guichês de atendimento	

Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	_ _ _	
Banheiros	_ _ _	
Demais ambientes	Possui?	
Recepção	_ Sim	_ Não
Cozinha/Copa	_ Sim	_ Não
Almoxarifado	_ Sim	_ Não
Salas para Arquivos	_ Sim	_ Não

7. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este posto possui: (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 do posto	_	_	_
Rota acessível aos espaços do posto (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	_	_	_

8. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta Unidade? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção: "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, há outras adaptações ou estratégias para assegurar acessibilidade às pessoas com deficiência auditiva/surdas e pessoas com deficiência visual neste posto. Qual? _____
- 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

9. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços desta Unidade: (Admite múltiplas respostas)

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Telefone. Quantos? _ _ | <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo. Quantos? _ _ |
| <input type="checkbox"/> Celular da unidade Quantos? _ _ | <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado. Quantos? _ _ |
| <input type="checkbox"/> Impressora. Quantos? _ _ | <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico |
| <input type="checkbox"/> Máquina Copiadora Quantos? _ _ | <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 | <input type="checkbox"/> Bebedouros ou filtro de água disponível ao público |
| <input type="checkbox"/> Datashow | <input type="checkbox"/> Ar condicionado ou ventilador |

10. Indique a quantidade de computadores (inclui notebooks/laptops), em perfeito funcionamento, existente nesta Unidade: (Caso não haja, informe "0")

Quantidade total de computadores na Unidade	_ _ _
Destes, quantos estão conectados à internet	_ _ _

11. Em relação a Internet, informe com que frequência a equipe: (Resposta única por linha)

	Frequente mente	Muita s vezes	Às Veze s	Rara- mente	Nunca
Utiliza internet em outro local por insuficiência de acesso	_	_	_	_	_
Precisa revezar entre os profissionais para utilizar a internet	_	_	_	_	_
Tem que solicitar ao usuário que aguarde enquanto a internet está instável	_	_	_	_	_
Tem que reagendar o atendimento por falta de internet	_	_	_	_	_

12. Indique a quais sistemas informatizados do Governo Federal esta Unidade tem acesso: *(Resposta única por linha)*

Sistema	Preenche as informações em formulário físico e encaminha para outro setor fazer o preenchimento	Acesso aos sistemas		Não tem ações em relação ao sistema
		Somente para consulta/pesquisa	Para inserção de dados	
Sistema de Cadastro Único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ReiCad - Relatórios de Informações Gerenciais do Cadastro Único		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CECAD – Sistema de consulta, seleção e extração de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal gerido pela SAGI/MC		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Módulo de Acompanhamento Familiar do SICON - Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SICON - Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família - demais módulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIBEC - Sistema de Benefícios ao Cidadão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Módulo Administração off-line (disponível no SIGPBF) – Sistema que permite solicitações de administração de benefícios, quando essas não são possíveis diretamente no SIBEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros sistemas estaduais e ou municipais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 3 –CADASTRO ÚNICO

13. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade no âmbito do Cadastro Único: *(Admite múltiplas respostas).*

- Divulgação das ações de cadastramento
- Realização de parcerias com outros órgãos
- Busca ativa (entrevista domiciliar, mutirão e ações itinerantes) com a finalidade de inclusão e atualização cadastral
- Ação para prestar informações às famílias sobre o Cadastro Único (Reuniões de acolhida, palestra etc.)
- Agendamento prévio para a realização da entrevista para inclusão/atualização cadastral
- Triagem de atendimento – identificação de demandas e/ou documentação civil antes da entrevista
- Entrevista para inclusão cadastral
- Entrevista para atualização cadastral
- Fornecimento de comprovante de cadastramento por demanda das famílias
- Esclarecimento de dúvidas da população sobre o Cadastro Único e os programas, serviços e benefícios que as famílias participam ou buscam participar
- Encaminhamento para obtenção de Documentação pessoal
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para programas usuários do Cadastro Único, para acesso a benefícios ou outras políticas públicas (educação, habitação, trabalho etc.)
- Emissão de registro técnico (parecer, relatório, formulário etc.) no processo de averiguação cadastral ou apuração de denúncias
- Conferência/ crítica dos formulários preenchidos no papel
- Verificação, correção ou encaminhamento de pendências no cadastro das famílias e pessoas apontadas pelo Sistema de Cadastro Único
- Arquivamento de formulários
- Recebimento e tratamento de denúncias de prestação de informação inverídica
- Outras. Qual? _____

14. Informe o volume mensal de pessoas que atendidas nesta Unidade durante o mês de referência: *(mês de referência: agosto de 2020 – caso não haja, informe “0”)*

	Quantidade no mês de agosto/2020
Total de indivíduos atendidos neste posto do Cadastro Único	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Destes, qual o total de indivíduos realizaram entrevista para inclusão cadastral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Destes, qual o total de indivíduos realizaram entrevista para atualização cadastral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos <input type="checkbox"/> Não sabe informar

15. Em média, quanto tempo dura:

	Quantos DIAS (Caso seja feito no mesmo dia, informe "zero" no número de dias)
Entre o agendamento e a realização do atendimento	_ _ dias _ Não realiza
Após a entrevista, para que os dados coletados em formulário em papel sejam inseridos no sistema	_ _ dias _ Não realiza

	Quantos MINUTOS
A espera de uma família nesta Unidade até que o atendimento seja iniciado	_ _ minutos _ Não sabe
A primeira entrevista de uma família para o Cadastro Único (inclusão cadastral)	_ _ minutos _ Não sabe
A atualização cadastral de uma família no Cadastro Único	_ _ minutos _ Não sabe

16. Como é feito o registro das informações da entrevista no Cadastro Único? (Resposta Única)

- Todas as entrevistas são registradas diretamente no Sistema de Cadastro Único
- A maioria das entrevistas é registrada diretamente no Sistema de Cadastro Único
- A minoria das entrevistas é registrada diretamente no Sistema de Cadastro Único
- Nenhuma entrevista é registrada diretamente no Sistema de Cadastro Único, todas são registradas no formulário em papel e depois digitadas no Sistema de Cadastro Único
- As entrevistas de inclusão cadastral são preenchidas primeiramente no formulário e depois digitadas no Sistema de Cadastro Único e as entrevistas de atualização cadastral são preenchidas diretamente no Sistema de Cadastro Único.

17. Em geral, como ocorre o atendimento de demandas urgentes das famílias relacionadas ao Cadastro Único nesta Unidade? (Resposta Única)

Atenção! Considere as demandas urgentes aquelas que impactam diretamente no recebimento de algum benefício da família ou na participação em algum programa social pela família)

- A maioria das famílias é atendida no mesmo dia em que procuram esta unidade;
- A minoria das famílias é atendida no mesmo dia em que procuram esta unidade;
- Os atendimentos ocorrem apenas após agendamentos.

18. São feitas ações específicas para atender demandas de Averiguação e Revisão Cadastral? (Resposta Múltipla, exceto se marcar a última opção)

- Sim, as famílias de Averiguação e Revisão Cadastral são alvo de busca ativa;
- Sim, as famílias de Averiguação e Revisão Cadastral fazem parte do público prioritário de atendimento na unidade;
- Sim, há mutirões em dias específicos para atender o público de Averiguação e Revisão Cadastral;
- Sim, outros. Qual? _____
- Não há ações específicas para atender o público de Averiguação e Revisão Cadastral.

19. Indique em quais situações e com qual frequência a equipe faz entrevistas domiciliares: (Resposta única por linha).

	Sim, com frequência	Sim, às vezes	Não faz
Para a inclusão ou atualização cadastral de forma geral			
Para apurar denúncias:	_	_	_
Para famílias incluídas em Averiguação Cadastral:	_	_	_
Para inclusão ou atualização de dados de famílias com beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC):	_	_	_
Para inclusão ou atualização de dados de famílias pertencentes à Grupos Populacionais Tradicionais ou Específicos (GPTEs):	_	_	_
Para inclusão ou atualização de dados de famílias que moram em locais de difícil acesso	_	_	_
Outros. Qual? _____	_	_	_

20. Esta Unidade realiza cadastramento de famílias pertencentes aos seguintes Grupos Tradicionais e Específicos?

(Admite múltiplas respostas)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não atende <i>(siga para a questão 23)</i> | <input type="checkbox"/> Famílias de beneficiárias do Programa Nacional de Crédito Fundiário |
| <input type="checkbox"/> Famílias indígenas | <input type="checkbox"/> Famílias de atingidas por empreendimentos de infraestrutura |
| <input type="checkbox"/> Famílias quilombolas | <input type="checkbox"/> Famílias de presos do sistema carcerário |
| <input type="checkbox"/> Famílias ciganas | <input type="checkbox"/> Famílias de catadores de material reciclável |
| <input type="checkbox"/> Famílias pertencentes às comunidades de terreiro | <input type="checkbox"/> Famílias ou pessoas em situação de rua |
| <input type="checkbox"/> Famílias extrativistas | <input type="checkbox"/> Famílias de pessoas resgatadas do trabalho análogo ao escravo |
| <input type="checkbox"/> Famílias de pescadores artesanais | <input type="checkbox"/> Famílias com crianças/adolescentes identificados em situação de Trabalho Infantil |
| <input type="checkbox"/> Famílias ribeirinhas | |
| <input type="checkbox"/> Famílias acampadas | |
| <input type="checkbox"/> Famílias de assentados da reforma agrária | |
| <input type="checkbox"/> Famílias de agricultores familiares | |

21. Nos últimos 12 meses, foram realizadas ações específicas para os seguintes Grupos Tradicionais e Específicos?

(Admite múltiplas respostas por linha, exceto se marcar a última opção)

	Busca ativa para inclusão/ atualização cadastral na comunidade	Reunião/palestra informativa na comunidade	Reunião/ações em parceria com lideranças	Reuniões/ações em parceria com outros órgãos/secretarias	Outras ações <i>(responda à questão 22)</i>	Não realiza ações específicas
Povos Indígenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunidade Quilombola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunidade Ribeirinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Povos Ciganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Povos de Matriz Africana e de terreiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrativistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescadores artesanais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ribeirinhas (famílias em calhas de rios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros Grupos tradicionais e específicos. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Nos últimos 12 meses, caso tenha marcado "Outras ações" na questão anterior, informe qual (is) outra(s) ações:

BLOCO 4 – PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

23. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

Para algumas alternativas desta questão entende-se como manutenção de benefícios, os procedimentos de bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento

- Não realiza ações e atividades relacionadas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família *(pule para a questão 25)*
- As ações e atividades relacionadas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família são encaminhadas para o CRAS e/ou outros serviço da rede socioassistencial *(pule para a questão 25)*
- Esclarecimentos individuais de dúvidas sobre regras do Programa (valores de benefícios, regras de concessão, bloqueio, suspensão e cancelamento de benefícios e condicionalidades)
- Ações coletivas para prestar informações às famílias sobre regras do Programa (Reuniões de acolhida, palestra etc.)
- Manutenção de benefícios (bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento) diretamente no SIBEC
- Registro das manutenções benefícios (bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento) no Formulário Padrão de Gestão de Benefícios (FPGB) e seu arquivamento
- Solicitação de manutenção de benefícios (bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento) pelo módulo de Administração Off-line do SigPBF
- Elaboração de ofícios à Secretaria Nacional de Renda de Cidadania a respeito da administração de benefícios (bloqueios, desbloqueios, reversões de suspensões, cancelamentos e reversões de cancelamento)
- Emissão de declaração de troca de responsável familiar para recebimento do benefício

- Emissão de declaração especial para recebimento do benefício (quando em situações de emergência e estado de calamidade pública)
- Esclarecimentos sobre o conteúdo de mensagens no extrato de pagamentos, recebida pelo beneficiário
- Esclarecimentos sobre a gestão de pagamentos do Programa: entrega, desbloqueio e ativação do Cartão Bolsa Família e calendário de pagamento
- Orientação sobre como denunciar irregularidades no pagamento e no atendimento dos canais da CAIXA
- Registro de denúncias de recebimento indevido de benefícios
- Apuração de denúncias de recebimento indevido de benefícios
- Outros. Quais? _____

24. Indique quais são as dificuldades enfrentadas por este posto em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- Não há dificuldades *(siga para a questão 25)*
- Falta de capacitação da equipe do posto sobre as regras do Programa
- As regras do Programa são complexas
- As informações disponibilizadas pelo Ministério da Cidadania sobre as regras do Programa (Instruções Operacionais, Informes, Comunicados) são de difícil compreensão
- As informações disponibilizadas pelo Ministério da Cidadania sobre as regras do Programa são de difícil acesso
- Falta de informações sobre as regras do Programa
- Falta de material informativo para disponibilizar no posto sobre as regras do Programa (cartazes, folders, filipetas)
- Baixa qualidade da internet
- Falta de acesso à internet
- Equipe do posto não tem acesso ao SIBEC
- Instabilidade do SIBEC
- Equipe do posto não tem acesso ao SigPBF
- Instabilidade do SigPBF
- Grande número de atendimentos em decorrência dos processos de gestão de benefícios: averiguação e revisão cadastral
- Grande número de atendimentos em decorrência dos processos de gestão de benefícios: bloqueios e suspensões de condicionalidades e de não localizados no sistema de ensino
- Grande número de atendimentos em decorrência dos processos de gestão de benefícios: suspensões em decorrência do recebimento do seguro-defeso
- Número reduzido de pessoas na equipe para suprir a demanda de atendimento
- Outros. Quais? _____

25. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade em relação às famílias em descumprimento de condicionalidades: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- Não realiza atividades com famílias em descumprimento de condicionalidades *(siga para a questão 26)*
- Esclarecimentos às famílias sobre as regras de condicionalidades durante o atendimento particularizado
- Interação com as escolas dos beneficiários em descumprimento
- Interação com a equipe de saúde no município responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde
- Ação para prestar informações às famílias sobre as condicionalidades (palestras, oficinas em grupo etc.);
- Busca ativa (visita domiciliar, envio de cartas ou SMS, e ações itinerantes) com a finalidade de facilitar a apresentação de recurso pelas famílias
- Fornecimento de comprovante do registro de recurso para as famílias
- Arquivamento da documentação comprobatória apresentada pela família no registro do recurso
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos em descumprimento de condicionalidades para outros serviços, programas ou benefícios socioassistenciais
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos em descumprimento de condicionalidades para outras políticas públicas (educação, saúde, habitação, trabalho etc.)
- Outros. Qual? _____

26. Este posto realiza registro de RECURSO por descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família? (Resposta Única, exceto se marcar a primeira opção)

- Não *(pule para a questão 28)*
- Sim, todos os recursos são registrados diretamente no Sistema de Condicionalidades (SICON)
- Sim, a maioria dos recursos é registrada diretamente no SICON
- Sim, a minoria dos recursos é registrada diretamente no SICON
- Nenhum recurso é registrado diretamente no SICON, todos são registrados no formulário em papel e depois digitados no sistema

27. Considerando SOMENTE as famílias em descumprimento de condicionalidades, informe qual a formas das famílias acessarem esta Unidades para apresentar RECURSO? (Marque a principal – resposta única)

- Por procura da família, sem agendamento prévio
 Por procura da família, com agendamento prévio
 Por busca ativa da equipe do posto
 Por encaminhamento da rede socioassistencial
 Por encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de garantia de direitos
 Nenhuma das alternativas

28. Este posto recebe denúncia de fraudes de recebimento de benefícios do Programa Bolsa Família e qual o tratamento dado? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar as duas últimas opções)

- Sim, as denúncias são tratadas aqui e depois encaminhadas à Secretaria Municipal
 Sim, as denúncias são encaminhadas para tratamento pela Secretaria Municipal
 Outros. Qual? _____
 Não recebemos denúncias
 Não sei informar

29. Esta unidade participa do planejamento dos recursos recebidos no âmbito do IGD-PBF? (Resposta Única)

- Sim, é ouvido e indica necessidades
 Sim, indica necessidades e consegue influenciar no processo decisório
 Não, o planejamento é realizado exclusivamente pelo órgão gestor municipal
 Não sabe informar

BLOCO 5 – OUTRAS ATIVIDADES

30. Em relação a outros programas/atividades/benefícios, este posto... (Admite múltiplas respostas por linha, exceto se marcar as opções “Não tem informações suficientes sobre o programa/atividade/benefício” ou “Não possui ação específica”)

	...realiza cadastro de pessoas que já são ou poderão ser usuárias/beneficiárias do programa/atividade/benefício	...presta orientações	...encaminha a família para os locais de gestão/oferta	...realiza atividades de gestão/oferta neste posto não tem informações suficientes sobre o programa/atividade/benefício	...não possui ação específica
Benefício de Prestação Continuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carteira do Idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Criança Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plano Progredir - Programa Nacional do Microcrédito Produtivo Orientado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarifa Social de Energia Elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Minha Casa Minha Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aposentadoria para Pessoas de Baixa Renda/ Facultativo de Baixa Renda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone Popular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isonção de Pagamento de Taxa de Inscrição em Concursos Públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas Cisternas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais/ Assistência Técnica e Extensão Rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Nacional de Reforma Agrária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Nacional de Crédito Fundiário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crédito Instalação do Programa Nacional de Reforma Agrária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identidade Jovem (ID Jovem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ação de Distribuição de Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concessão de bolsas por entidades com Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social com atuação na área da educação (CEBAS-Educação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isonções na taxa de inscrição para o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de Seleção Unificada - Sisu/Lei de cotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Urbanização de Assentamento Precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projeto Dom Hélder Câmara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Em relação a outros programas/atividades específicos de oferta estadual e/ou municipal, preencha o quadro abaixo com informações sobre os programas que utilizam o Cadastro Único como referência (programas usuários): *(No quadro a seguir, há espaço para dois programas usuários, mas podem ser preenchidos quantos forem necessários)*

Nome do Programa	Área de atuação	Programa Estadual ou municipal?	Em relação a este programa, este posto:
	<input type="checkbox"/> Assistência Social <input type="checkbox"/> Transferência de renda <input type="checkbox"/> Descontos/isenções <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Moradia <input type="checkbox"/> Trabalho e emprego <input type="checkbox"/> Segurança alimentar <input type="checkbox"/> Outra. Qual?	<input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> realiza o cadastro <input type="checkbox"/> presta orientação <input type="checkbox"/> encaminha para os locais de oferta/gestão <input type="checkbox"/> realiza atividades de gestão/oferta neste posto <input type="checkbox"/> não possui ação específica
	<input type="checkbox"/> Assistência Social <input type="checkbox"/> Transferência de renda <input type="checkbox"/> Descontos/isenções <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Moradia <input type="checkbox"/> Trabalho e emprego <input type="checkbox"/> Segurança alimentar <input type="checkbox"/> Outra. Qual?	<input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> realiza o cadastro <input type="checkbox"/> presta orientação <input type="checkbox"/> encaminha para os locais de oferta/gestão <input type="checkbox"/> realiza atividades de gestão/oferta neste posto <input type="checkbox"/> não possui ação específica

32. Qual a relação deste Posto de Cadastro Único com os outros equipamentos da rede socioassistencial? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- Este posto encaminha as famílias para a rede socioassistencial de referência para inclusão em serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS, Centro Pop, outros)
- Este posto encaminha as famílias para a rede socioassistencial de referência para acesso a benefícios eventuais
- Este posto atende famílias para inclusão e atualização cadastral encaminhadas pela rede socioassistencial
- Um profissional da equipe do Cadastro Único deste posto está alocado em outro equipamento socioassistencial para fazer interlocução do Cadastro Único com os programas, serviços e benefícios socioassistenciais;
- Este posto realiza Busca Ativa (cadastramento domiciliar, ações itinerantes, mutirões etc.) em conjunto com a rede socioassistencial;
- Este posto não se relaciona com outros equipamentos da rede socioassistencial

33. Este posto realiza atividades relacionados ao BPC? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- Sim, atividades relacionadas ao acompanhamento e gestão do BPC
- Sim, assistência a requerentes do BPC quanto ao preenchimento de requerimento ao INSS
- Sim, realizam requerimento para obtenção do BPC (prescindem de Acordos de Cooperação Técnica)
- Sim, outras. Qual? _____
- Não

BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DO POSTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

34. Como se deu o funcionamento deste posto durante a pandemia do Coronavírus e a frequência com isto ocorreu? (Resposta única por linha)

Este posto ficou fechado em todo tempo da pandemia (pule para a questão 38)

	Sempre	Na maior parte do tempo	As vezes	Na menor parte do tempo	Nunca
Ofertou atendimento presencial ao público em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou apenas os atendimentos presenciais agendados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou atendimentos/acompanhamento apenas para o público prioritário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou os atendimentos das demandas do Cadastro Único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou os atendimentos das demandas do Auxílio Emergencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou os atendimentos das demandas do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou atendimento remoto por telefone e aplicativos de videoconferência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizou visitas domiciliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Como estava a jornada de trabalho das(os) profissionais durante a pandemia? (Admite múltiplas respostas)

Teve que ampliar o número de profissionais

Com jornada de trabalho normal (semelhante a jornada anterior a pandemia)

Com jornada de trabalho reduzida

Outros. Qual? _____

36. Os trabalhadores deste posto tiveram acesso a Equipamentos de Proteção Individual? (Resposta única)

Sim, na quantidade adequada para o atendimento

Sim, mas em quantidade insuficiente

Não

37. Este posto realizou algumas destas atividades em relação ao Auxílio Emergencial (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

O Auxílio Emergencial é um benefício financeiro no valor de R\$600,00 ou R\$1200,00 destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, e tem por objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia do Coronavírus - COVID 19.

Não realizou nenhuma atividade em relação ao Auxílio Emergencial (siga para a questão 38)

Prestou orientação às famílias já atendidas/acompanhadas por este posto

Prestou orientações às famílias da comunidade em geral

Auxiliou as famílias no preenchimento das solicitações

Realizou busca ativa de famílias para preenchimento das solicitações

Realizou parcerias com as Defensorias Públicas, judiciário e outros órgãos para orientação e atendimento de famílias para preenchimento das solicitações

Outros. Qual? _____

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

38. Indique se há na equipe do Cadastro Único e Programa Bolsa Família trabalhadores aptos a realizar o atendimento com conhecimento em: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção).

Conhecimento em LIBRAS;

Conhecimento em línguas indígenas.

Conhecimento em línguas estrangeiras (espanhol, inglês e francês);

Outros. Qual? _____

Nenhuma das anteriores

39. O/A coordenador(a) desta Unidade: (Resposta única)

Atenção! Caso marque que há coordenador nesta questão, será necessário informar quem é o coordenador na questão seguinte. Caso o coordenador fique no órgão gestor ou em outro local, marque a opção “não há coordenador neste posto”.

Exerce exclusivamente a função de coordenador(a) deste posto

Acumula as funções de coordenadora(or) e de gestor do Cadastro Único

Acumula as funções de coordenadora(or) e de gestor do Cadastro Único e PBF

Acumula as funções de coordenadora(or) e de equipe de cadastramento

Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social

Acumula as funções de coordenadora(or) e de gestão/atendimento de outro programa usuário do Cadastro Único.

Qual? _____

Não há coordenadora(or) neste posto

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

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício 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											

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Posto	Carga Horária
0 – Sem Escolaridade (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	1 – Assistente Social	1 – Comissionado	1 – Apoio Administrativo	1. Até 10 horas semanais
1 – Ensino Fundamental Incompleto (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	2 – Psicóloga(o)	2 – Empregado Público (CLT)	2 – Coordenador(a)	2. De 11 a 20 horas semanais
2 – Ensino Fundamental Completo (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	3 – Pedagoga(o)	3 – Outro vínculo não permanente	3 – Educador(a) Social	3. De 21 a 30 horas semanais
3 – Ensino Médio Incompleto (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	4 – Advogada(o)	4 – Servidor Temporário	4 – Estagiária(o)	4. De 31 a 40 horas semanais
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador (a)	5 – Servidor/Estatutário	5 – Serviços gerais	5. De 41 a 44 horas semanais
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6 – Terceirizado	6 – Cadastrador(a)/Entrevistador Social	6. Mais de 44 horas semanais
6 – Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	7 – Técnica(o) de nível superior	
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	8 – Voluntário	8 – Técnica(o) de nível médio	
8 – Mestrado	9 – Cientista política(o)	9 – Sem vínculo	9 – Outros	
9 – Doutorado	10 – Nutricionista			
	11 – Médica(o)			
	12 – Musicoterapeuta			
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outra(o) profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

- Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à *Escolaridade*, *Profissão*, ao *Tipo de Vínculo*, à *Função de cada pessoa* e a *carga horária*.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Posto do Cadastro Único:

Nome: _____

CPF: _____ Data de preenchimento: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

Coordenador(a) do posto Técnica(o) de nível superior do posto Outro

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____ Data de Validação: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

Secretária(o) Municipal de Assistência Social ou congênera
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.
 Técnica(o) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera
 Outros

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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