

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 2019

Questionário Fundo Municipal de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico do Fundo de Assistência Social deverá ser preenchido pelos municípios no período de **07 de outubro a 29 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 estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com a SEDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 121, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações a SEDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. A SEDS 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 2019 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.municipio). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 121 ou pelo chat: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>.

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

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 FMAS é? *(Resposta única)*

- ☐ O(a) Prefeito(a)
- ☐ O(a) Secretário(a) Municipal de Assistência Social.
- ☐ Outro(a) Funcionário(a) da Secretaria de Assistência Social.
- ☐ Secretário(a) ou técnico(a) de outra área.

3. Os recursos PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO que são aplicados na Assistência Social são alocados na unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Assistência Social? *(Resposta única)*

- ☐ Sim, a totalidade dos recursos próprios é alocada no FMAS.
- ☐ Sim, a maior parte dos recursos próprios é alocada no FMAS.
- ☐ Sim, a menor parte dos recursos próprios é alocada no FMAS.
- ☐ Não, os recursos próprios do município não são alocados no FMAS.

4. O órgão gestor municipal faz transferência de recursos por convênio/termo de parceria para Organizações da Sociedade Civil ou Entidades de Assistência Social no município? *(Resposta única)*

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

5. Quantas entidades recebem recurso do órgão gestor municipal 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)*

- |__|_|_|_| entidades que prestam serviços de Proteção Social Básica.
- |__|_|_|_| entidades que prestam serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade.
- |__|_|_|_| entidades que prestam serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade.
- |__|_|_|_| outras
- |__|_|_|_| Total de entidades

6. Atualmente o município recebe recursos estaduais para o cofinanciamento da Assistência Social?

(Resposta única por linha)

☐ Não recebe recursos estaduais para o cofinanciamento da Assistência Social *(Pule para a questão 8)*

Atenção! Caso o município receba um único valor para cofinanciar todos - ou vários - serviços socioassistenciais, ou receba recurso que não se encaixem nos pisos sugeridos a seguir, marque apenas a opção "Outros" e descreva a situação.

	Sim, fundo-a-fundo	Sim, via convênio	Sim, por convênio e fundo-a-fundo	Não recebe
Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benefícios Eventuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivo à Gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Caso o município receba recursos ESTADUAIS, informe se estes recursos são alocados na unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Assistência Social? (Caso marque “Não” para todas as alternativas da questão 6, pule esta pergunta – siga para a questão 8)

- ☐ A totalidade dos recursos ESTADUAIS é alocada no FMAS.
☐ A maior parte dos recursos ESTADUAIS é alocada no FMAS.
☐ A menor parte dos recursos ESTADUAIS é alocada no FMAS.
☐ Os recursos ESTADUAIS não são alocados no FMAS.

8. Onde são realizados os procedimentos licitatórios da assistência social do município? (Resposta única. Caso responda a última opção especifique quais envolvidos)

- ☐ Centralizados em apenas uma secretaria do município (Ex: Secretaria de administração, economia, prefeitura etc.)
☐ Exclusivamente pela Secretaria de Assistência Social do município
☐ Em mais de uma secretaria incluindo a da Assistência Social
☐ Outros. Especifique quais envolvidos. _____

9. Qual é o setor responsável pelo pagamento de pessoal da assistência social? (Resposta única. Caso responda a última opção especifique qual setor responsável)

- ☐ Centralizados em apenas uma secretaria do município (Ex: Secretaria de administração, economia, prefeitura etc.)
☐ Exclusivamente pela Secretaria de Assistência Social do município
☐ Por mais de uma secretaria incluindo a da Assistência Social
☐ Outros. Especifique quais envolvidos. _____

10. O município possui conta bancária própria específica para o gerenciamento dos recursos municipais e estaduais para a assistência social? (Resposta única por linha)

Municipal	<input type="checkbox"/> sim, dentro do fundo	<input type="checkbox"/> sim, fora do fundo	<input type="checkbox"/> Não possui
Estadual	<input type="checkbox"/> sim, dentro do fundo	<input type="checkbox"/> sim, fora do fundo	<input type="checkbox"/> Não possui

BLOCO 3 – GESTÃO DE RECURSOS

11. Especifique os recursos financeiros e despesas do município na área de Assistência Social segundo blocos os Blocos de Financiamento no ano de 2018, informando o valor total de recursos próprios aplicados, o valor total recebido do governo estadual (Fundo a Fundo e Convênios), o valor total das despesas pagas com recursos próprios municipais e o valor total das despesas pagas com os recursos repassados pelo estado.

Atenção!

1. Caso o município receba um único valor para cofinanciar todos - ou vários - serviços socioassistenciais, ou receba recurso que não se encaixem nos pisos sugeridos a seguir, marque apenas a opção “Outros”.
2. O VALOR DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELO GOVERNO FEDERAL NÃO DEVE SER INFORMADO.
3. Considerar os recursos efetivamente alocados durante o ano de 2018 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 2017.
4. 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.
5. Considerar despesas efetivamente pagas em 2018, no quadro de despesa, excluindo, portanto, os inscritos em restos a pagar para 2019 e incluindo, portanto, os restos a pagar oriundos de 2017 e pagos em 2018.
6. 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).
7. Responda a última opção “não sabe informar” apenas se o município não tiver acesso aos dados financeiros.

[illegible]

BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS

12. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária a qual o(a) profissional está vinculada(o) como 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 Municipal de Assistência Social, podendo ser exclusivos ou não. Os profissionais do FMAS devem ser cadastrados na aba de Órgão Gestor e de Fundo no CADSUAS, simultaneamente.

☐ Não há equipe do Fundo de Assistência Social no município

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="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"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	

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 – Assistente Social	1 – Comissionado	1– Apoio	1 - Até 10 horas
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo (a)	2 – Empregado Público Celetista (CLT)	Administrativo	semanais
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo (a)	3 – Outro vínculo não permanente	2 – Coordenador(a)	2 - De 11 a 20 horas
3. Ensino Médio Incompleto	4 – Advogado (a)	4 – Servidor Temporário	3 – Educador(a) Social	semanais
4. Ensino Médio Completo	5 – Administrador (a)	5 – Servidor/Estatutário	4 – Estagiário(a)	3 - De 21 a 30 horas
5. Ensino Superior Incompleto	6 – Antropólogo (a)	6 – Terceirizado	5 – Gestor(a)	semanais
6. Ensino Superior Completo	7 – Sociólogo (a)	7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	6 – Ordenador(a) de Despesas	4 - De 31 a 40 horas
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8 – Voluntário	7 – Serviços Gerais (<i>limpeza, conservação, motoristas, etc</i>)	semanais
8. Mestrado	9 – Cientista político(a)	9 – Sem vínculo	8 – Técnico(a) de nível Médio	5 - De 41 a 44 horas
9. Doutorado	10 – Nutricionista		9 – Técnico(a) de nível superior	semanais
	11 – Médico(a)		10 – Outros	6 - Mais de 44 horas
	12 – Musicoterapeuta			semanais
	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			

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

BLOCO 5 – 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 Municipal de Assistência Social:

☐ Não há representante da Fundo designado no município *(finalizar o questionário)*

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

Assinatura: _____

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