

CENSO SUAS 2021

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

Centro de Referência em Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de **crianças e adolescentes** afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. Família Acolhedora para Idosos e Alocação de crianças/adolescentes em família extensa (Guarda Subsidiada) não preenchem este questionário

Para mais informações, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: [clique aqui](#)

No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá à Secretaria Estadual coletar e preencher as informações.

Deverão ser coletadas informações sobre **todas** as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento vinculados à política de assistência social, inclusive de entidades que **não possuem convênio** com o poder público

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 2021 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.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome da Unidade: _____
Informe o Tipo de Logradouro (rua, avenida, praça, rodovia etc.) _____
Endereço (nome da rua, da avenida etc.): _____
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Ponto de Referência: _____
CEP: |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_| Município: _____ UF: _____
E-mail: _____
DDD – Telefone: |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ramal: |_|_|_|_| Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data de Implantação da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Indique o público atendido: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- ☐ Crianças/adolescentes
☐ Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência

2. Indique a Natureza da Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)

- ☐ Governamental *(pule para questão 6)*
☐ Não Governamental/Organização da Sociedade Civil

3. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:

|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|/|_|_|_|_|-|_|_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

4. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar “não” ou “não sabe informar”)

- ☐ Sim, com o Estado (governo estadual)
☐ Sim, com o município no qual esta unidade se localiza (com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza)
☐ Sim, com outros municípios
☐ Não
☐ Não sabe informar

5. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a entidade possui inscrição/registro: (admite múltipla resposta)

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselhos. Pode ser Municipal/Distrital/Estadual

- ☐ Conselho de Assistência Social *(caso seja “governamental”, não marque este item)*
☐ Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
☐ Outros. Qual? _____
☐ Em nenhum Conselho

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

- ☐ Estadual ☐ Municipal *(pule para questão 8)*

7. Em caso de unidades estaduais, esta unidade possui municípios vinculados conforme os parâmetros estabelecidos pela Resolução CIT nº 31/2013?

A Resolução CIT nº 31/2013 estabelece parâmetros para a regionalização das unidades de acolhimento. Em caso de dúvidas, entre em contato com a equipe de Proteção Social Especial ou de Vigilância Socioassistencial do seu Estado.

- ☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

|__| Sim, por Lei

☐ Sim, por outro instrumento normativo

☐ Sim, por Decreto

☐ Não

--	--	--	--

☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 13)*

[illegible]

☐ Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)

☐ Sim, crianças/adolescentes com deficiência

☐ Sim, outros. Qual?

| | Não

☐ Sim, acolhem sempre que há demanda

☐ Sim, acolhem algumas vezes

☐ Não acolhem

--	--	--	--	--

|_| |_| |_| |_| |_| |_| Não Sabe

coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)

[illegible]

informado na questão 15)

	Quantidade de pessoas	Não Sabe
Vieram de outro município do estado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vieram de outros estados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vieram de outros países (refugiada(o)/imigrante)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

19. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas neste momento, informe o tempo que estão no serviço: *(Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)*

Tempo de acolhimento	Quantidade de pessoas
Menos de 1 Mês	_ _ _ _
De 1 a 3 meses	_ _ _ _
De 4 a 6 meses	_ _ _ _
De 7 a 12 meses	_ _ _ _
De 13 a 18 meses	_ _ _ _
De 19 a 24 meses	_ _ _ _
De 25 a 48 meses	_ _ _ _
De 49 a 72 meses	_ _ _ _
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	_ _ _ _
Total de Pessoas Acolhidas	_ _ _ _

20. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade: *(Atenção! Caso não tenha, marcar 0)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Retornaram às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	_ _ _ _	_
Retornaram às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	_ _ _ _	_
Foram encaminhadas a famílias adotivas	_ _ _ _	_
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento	_ _ _ _	_
Deixaram a Unidade encaminhados para outras unidades de acolhimento	_ _ _ _	_
Foram desligados por completarem 18 anos	_ _ _ _	_

21. **ATUALMENTE**, quantas crianças/adolescentes desta unidade: *(Atenção! Caso não tenha, marcar 0 - A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	_ _ _ _	_
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	_ _ _ _	_
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas	_ _ _ _	_

22. **ATUALMENTE**, das crianças/adolescentes acolhidas nesta unidade, quantas: *(Caso não tenha, marcar 0 - A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
São filhas(os) de pais privados de liberdade (encarcerados)	_ _ _ _	_
São filhas(os) de pais adolescentes	_ _ _ _	_
Estão aptas a adoção	_ _ _ _	_
Estão ameaçadas de morte	_ _ _ _	_
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	_ _ _ _	_

23. Caso seja um serviço para crianças e adolescentes, quantas famílias de origem são beneficiárias do PBF? *(Caso não tenha, marcar 0- A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)*

||_|_| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

|| Não sabe informar

BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

24. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço: (admita múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")

- ☐ Atividades de mobilização, tais como anúncios, panfletos, entre outros
- ☐ Palestras/oficinas
- ☐ Seleção e Preparação das famílias candidatas
- ☐ Capacitação das famílias
- ☐ Identificação da família extensa ou ampliada
- ☐ Estudo diagnóstico das crianças/adolescentes para inclusão no serviço
- ☐ Encaminhamento para retirada de documentos
- ☐ Preparação da criança/adolescente para entrada no serviço
- ☐ Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- ☐ Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- ☐ Acompanhamento escolar
- ☐ Acompanhamento na saúde
- ☐ Viabilização de encontro com a família de origem quando autorizado
- ☐ Construção de um plano de acompanhamento da família acolhedora
- ☐ Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- ☐ Reuniões em grupo com as famílias acolhedoras
- ☐ Construção de um plano de acompanhamento da família de origem
- ☐ Atendimento psicossocial individualizado da família de origem
- ☐ Reuniões em grupo com as famílias de origem
- ☐ Visitas domiciliares
- ☐ Elaboração de relatórios técnicos
- ☐ Envio de relatório semestral para o Judiciário
- ☐ Estudo de caso pela equipe do serviço
- ☐ Encaminhamento para a rede (socioassistencial ou setorial)
- ☐ Discussão de casos com outros profissionais da rede
- ☐ Não realiza nenhuma das atividades acima

25. Em média, quanto tempo uma criança/adolescente fica com a família acolhedora? (resposta única)

- ☐ menos de 3 meses
- ☐ de 3 a 5 meses
- ☐ 6 meses
- ☐ de 7 a 12 meses
- ☐ de 1 a 2 anos
- ☐ Mais de 2 anos

26. Como é feita a capacitação das famílias acolhedoras no momento de preparação para o acolhimento? (Caso não tenha, marcar 0)

- a. Carga Horária da capacitação? horas/aula
- b. Em grupos, em média, de quantas pessoas? pessoas
- c. A capacitação é presencial? ☐ Sim ☐ Não

27. A unidade possui os seguintes instrumentais? (admita múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Político-Pedagógico (PPP)
- ☐ Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)
- ☐ Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida
- ☐ Outro. Qual? _____
- ☐ Não possui nenhum dos instrumentais acima mencionados

28. A família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? (resposta única)

- ☐ Sim, para todas crianças
- ☐ Sim, para algumas crianças
- ☐ Não

29. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada? (resposta única)

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

- ☐ Apenas quando há necessidade
- ☐ Semestralmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Bimestralmente
- ☐ Mensalmente
- ☐ Quinzenalmente
- ☐ Semanalmente
- ☐ A família não é acompanhada

30. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (admita múltipla resposta, exceto se marcar as últimas duas)

- ☐ A própria unidade/serviço de acolhimento
☐ O CREAS
☐ O CRAS
☐ Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria)
- ☐ Outro. Qual? _____
☐ Não sabe informar (pule para a questão 32)
☐ Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 32)

31. Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento? (resposta única)

- ☐ menos de 3 meses
☐ de 3 a 5 meses
☐ 6 meses
- ☐ de 7 a 12 meses
☐ mais de 1 ano
☐ Não sabe informar

32. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas no serviço? (marcação única por coluna)

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido receber visitas na Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DESTA ACOLHIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

33. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham contraído COVID-19 neste ano de 2021? (Resposta múltipla)

- ☐ Sim, usuárias(os). Quantos? ____|____|____|
☐ Sim, trabalhadoras(es). Quantos? ____|____|____|
☐ Sim, membros da família acolhedora. Quantos? -|____|____|
☐ Não

Nem Sei se ainda vale a pena perguntar se teve alguém que contraiu a covid visto que tantos contraíram...

34. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham falecido devido à COVID-19? (Resposta múltipla)

- ☐ Sim, usuárias(os). Quantos? ____|____|____|
☐ Sim, trabalhadoras(es). Quantos? ____|____|____|
☐ Sim, membros da família acolhedora. Quantos? -|____|____|
☐ Não

35. Quais medidas foram adotadas no serviço como forma de prevenir e isolar casos suspeitos e confirmados? (Admita múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Empreendeu-se esforço para aumentar as medidas de higiene e limpeza
☐ Foi feita a quarentena de novos acolhidos
☐ Foram alterados os locais e horários de visitas familiares e pessoas com laços afetivos
☐ Houve agilização da saída de usuários
☐ Foi facilitado o uso de tecnologias de comunicação (celular, aplicativos de reunião etc.) para manutenção dos vínculos afetivos dos usuários
☐ Restringiu-se a saída dos usuários
☐ Outros. Qual? _____
☐ Nenhuma das anteriores

36. Como ficou o fluxo de atendimento deste serviço durante a pandemia: (Admita múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Ocorreram novos acolhimentos no mesmo ritmo dos meses anteriores à pandemia
☐ O número de acolhimentos aumentou
☐ O número de acolhimentos diminuiu
☐ Não sabe informar

BLOCO 3 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

37. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada Responsável Familiar da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

Atenção! No campo *Início do Exercício da Função*, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

☐ O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. *(siga para a questão 38)*

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF					
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Atenção!

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba “Pessoa Física” do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora**. Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais**, Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/snas/vigilancia/index6.php>

4 – GESTÃO DE PESSOAS

38. A equipe técnica que trabalha com o Serviço de Família Acolhedora é exclusiva deste serviço?

- ☐ Todas(os) as(os) profissionais são exclusivos
☐ A equipe é compartilhada
☐ Não há profissionais exclusivas(os) do serviço

39. O(A) coordenador(a) deste Serviço: *(Resposta única)*

- ☐ Exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
☐ Acumula as funções de coordenadora(or) e de técnica(o) neste serviço
☐ Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade
☐ Não há coordenadora(or) neste serviço

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

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Fundamental Incompleto 2. Fundamental Completo 3. Médio Incompleto 4. Médio Completo 5. Superior Incompleto 6. Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 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	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado 2. Terceirizada(o) 3. Outro vínculo não permanente 4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço 5. Voluntária(o) 6. Sem vínculo 7. Servidor(a)/Estatutária(o) 8. Servidor(a) Temporária(o) 9. Empregada(o) Pública(o) Celetista (marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) 4. Cuidador(a) Residente 5. Auxiliar de cuidador(a) 6. Educador(a) Social 7. Apoio Administrativo 8. Estagiário 9. Cozinheiro(a) 10. Motorista 11. Serviços Gerais 12. Família Acolhedora (marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta) 99. 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

ATENÇÃO! As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificada(o) na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Cargo/Função: ☐ Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade ☐ Técnica(o) de Nível Superior da Unidade
☐ Outro

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____ Data da validação: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

☐ Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado
☐ Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
☐ Técnica(o) da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
☐ Outros

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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