

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 Fundo Estadual 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 **08 de outubro a 30 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 o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 0800 707 2003, 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 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.estado). 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/>.

- O cofinanciamento é realizado por serviço socioassistencial (*PAIF, PAIFI, entre outros*)
 O cofinanciamento é realizado por nível de proteção (*Proteção Social Básica/Proteção Social Especial*)
 O cofinanciamento é comum a todos os serviços socioassistenciais
 Outra organização. Qual? _____

9. Com que frequência, geralmente, é feito o repasse fundo-a-fundo do estado para o município? (*Resposta Única*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mensalmente
<input type="checkbox"/> Bimestralmente
<input type="checkbox"/> Trimestralmente | <input type="checkbox"/> Semestralmente
<input type="checkbox"/> Anualmente
<input type="checkbox"/> Não possui frequência regular |
|---|--|

10. O cofinanciamento realizado (fundo-a-fundo e convênio) é destinado a: (*Admite múltiplas respostas*)

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.

- Serviço de Proteção Social Básica
 Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade
 Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade
 Benefícios Eventuais
 Incentivo financeiro para Gestão do SUAS
 Outros.Qual? _____

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

- Sim Não

12. No ano de 2017 o estado construiu ou financiou a construção e/ou reforma de unidades municipais da Assistência Social (CRAS/CREAS/etc.)? (*Resposta Única*)

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

13. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Serviços Socioassistenciais: *Caso não possua, insira “0” (zero).*

Serviços	TOTAL DE MUNICÍPIOS COM COFINANCIAMENTO ESTADUAL (convênio e/ou fundo-a-fundo)*	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual FUNDO-A-FUNDO	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de CONVÊNIO
Total de Municípios cofinanciados	_____	_____	_____
a) Cofinanciamento para Proteção Social Básica.	_____	_____	_____
b) Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Média Complexidade.	_____	_____	_____
c) Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Alta Complexidade.	_____	_____	_____

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

14. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Benefícios Eventuais: *Caso não possua, insira “0” (zero).*

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

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

BLOCO 4 – GESTÃO DE RECURSOS

15. Especifique os recursos financeiros e despesas pagas do Estado na área de Assistência Social segundo os Blocos de Financiamento no ano de 2017, informando o valor total de recursos próprios alocados, o valor total das despesas pagas com recursos próprios estaduais e o valor total repassado aos municípios (Fundo a Fundo e Convênios).

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 despesas do Fundo e do Órgão Gestor, incluindo somente as que são relacionadas aos serviços, programas, projetos, Incentivo financeiro para Gestão do SUAS e benefícios socioassistenciais.
 4. Considerar despesas efetivamente pagas, no quadro de despesa.
 5. Considere o valor total das despesas na assistência social, incluindo despesas com folha de pagamento de pessoal e com benefícios (como, por exemplo, benefícios socioassistenciais, como programas próprios de transferência de renda ou benefícios eventuais).

	Recursos:	Despesas:	Cofinanciamento:
	15.1. Valor alocado referente aos <u>recursos próprios</u> do Estado	15.2. Valor da despesa realizada com recursos próprios do Estado	15.3. Valor total repassado aos municípios
Proteção Social Básica	R\$,	R\$,	R\$,
Proteção Social Especial	R\$,	R\$,	R\$,
Benefícios	R\$,	R\$,	R\$,
Gestão	R\$,	R\$,	R\$,
Outros	R\$,	R\$,	R\$,
Total	R\$,	R\$,	R\$,

BLOCO 5 – RECURSOS HUMANOS

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

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

Não há equipe do Fundo de Assistência Social no Estado

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Mandato DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF						
1)		_ F _ M										
2)		_ F _ M										
3)		_ F _ M										
4)		_ F _ M										
5)		_ F _ M										
6)		_ F _ M										
7)		_ F _ M										
8)		_ F _ M										
9)		_ F _ M										
10)		_ F _ M										
11)		_ F _ M										
12)		_ F _ M										

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

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

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

BLOCO 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome: _____

CPF: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

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

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

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

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