

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

FICHA DE MONITORAMENTO
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

Situação do CRAS:

Data de preenchimento: ____/____/____

- ☐ Em funcionamento
☐ Implantação iniciada
☐ Implantação não iniciada

Apenas para CRAS que ainda não está em funcionamento:

Caso não esteja em funcionamento, indique as razões **(no máximo quatro)**:

- ☐ Indisponibilidade de recursos humanos
☐ Limitações legais para admissão de pessoal
☐ Limitações orçamentárias para admissão de pessoal
☐ Indisponibilidade/inexistência de espaço físico
☐ Limitações legais para implantação do espaço físico
☐ Limitações orçamentárias para implantação do espaço físico
☐ Indisponibilidade/inexistência de mobiliário/equipamentos
☐ Lentidão dos processos administrativos
☐ Outros. Quais: _____

Qual a previsão para o início do funcionamento deste CRAS? ____ / ____ (mês/ano)

I. Identificação do CRAS:

Município _____ UF: _____

Endereço do CRAS: _____ CEP: _____ - _____

E-mail do CRAS: _____

Telefone com DDD: (____) _____

Urbano: ☐ Rural ☐

Indique as fontes de financiamento deste CRAS:

1. ☐ Governo Federal 2. ☐ Governo Estadual 3. ☐ Governo Municipal

Indique qual a fonte principal:

1. ☐ Governo Federal 2. ☐ Governo Estadual 3. ☐ Governo Municipal

Mês e ano de implantação do CRAS: ____ / ____ (mm/aaaa)

II. Planejamento de implantação do CRAS:

Como foi realizado o levantamento da situação de vulnerabilidade do território:

- ☐ Não houve levantamento
☐ Estudo realizado pelo município (mapeamento das vulnerabilidades)
☐ Dados estatísticos do IBGE
☐ Dados do Cadastro Único
☐ Dados sobre os beneficiários do BPC
☐ Dados da Rede SUAS
☐ Informações obtidas pela área da saúde

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

III. Estrutura Física do CRAS:

Situação do imóvel onde se localiza o CRAS:

- ☐ próprio da Prefeitura Municipal
- ☐ alugado pela Prefeitura Municipal
- ☐ cedido para a Prefeitura Municipal
- ☐ outro

O imóvel de funcionamento do CRAS é compartilhado?

- ☐ Não, é exclusivo
- ☐ Compartilhado com Secretaria ou outra unidade da Assistência Social
- ☐ Compartilhado com unidade da Saúde
- ☐ Compartilhado com unidade da Educação
- ☐ Compartilhado com uma Associação Comunitária
- ☐ Compartilhado com o Conselho Municipal de Assistência Social
- ☐ Compartilhado com Outros.

Indique os itens existentes no CRAS:

- ☐ Local para recepção
- ☐ Sala para entrevista que possibilite o atendimento individual
- ☐ Salão para reunião com grupos de famílias
- ☐ Sala para a equipe técnica e coordenação
- ☐ Banheiro
- ☐ Cozinha
- ☐ Almojarifado
- ☐ Espaço para grupos socioeducativo e de convívio
- ☐ Condições de acessibilidade para pessoas idosas e pessoas com deficiência
- ☐ Telefone
- ☐ Computador
- ☐ Acesso a Internet

Este CRAS possui placa de identificação padronizada pelo MDS?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.

IV. Funcionamento e Atendimento do CRAS:

Quantos dias na semana este CRAS funciona: _____ dias por semana

Quantas horas por dia este CRAS funciona: _____ horas por dia

Quantidade de atividades coletivas realizadas por este CRAS, no último mês: _____

Quantidade de visitas domiciliares realizadas por este CRAS, no último mês: _____

Quantidade total de famílias atendidas por este CRAS, no último mês: _____

Informação não disponível: (☐)

Dentre estas, quantas são famílias beneficiárias do PBF atendidas pelo CRAS, no ultimo mês:

Informação não disponível: (☐)

Dentre estas, quantas são famílias com beneficiários do BPC atendidas pelo CRAS, no ultimo mês:

Informação não disponível: (☐)

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

O CRAS atende comunidades tradicionais e específicas?

- ☐ Não atende (crítica)
- ☐ Atende Comunidade Indígena
- ☐ Atende Comunidade Quilombola
- ☐ Atende Comunidade ribeirinha
- ☐ Atende outras populações tradicionais e específicas.

Este CRAS possui a listagem de famílias do Cadastro Único de Programas Sociais do seu território de atuação?

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

Este CRAS recebe regularmente as informações referentes às famílias do Programa Bolsa Família ?

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

As ações do CRAS priorizam a identificação de: *(Indique, no máximo, seis itens):*

- ☐ famílias em descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família
- ☐ famílias ou indivíduos elegíveis para programas ou benefícios de transferência de renda
- ☐ indivíduos sem documentação civil
- ☐ famílias com presença de trabalho infantil
- ☐ famílias com crianças sob cuidados de outras crianças ou que permanecem sozinhas em casa
- ☐ famílias com pessoa idosa dependente beneficiária do BPC
- ☐ famílias com pessoa deficiente beneficiária do BPC
- ☐ famílias com eventos de violência ou antecipadores de violência
- ☐ famílias com ocorrência de fragilização ou rompimento de vínculo
- ☐ famílias com jovens em situação de vulnerabilidade
- ☐ rede de serviços locais (assistência social, educação, saúde, etc)
- ☐ lideranças locais
- ☐ recursos culturais, econômicos, sociais do território

Indique as atividades que são realizadas por este CRAS:

- ☐ Recepção e acolhida
- ☐ Reuniões
- ☐ Acompanhamento de famílias
- ☐ Acompanhamento de indivíduos
- ☐ Visitas Domiciliares;
- ☐ Busca ativa;
- ☐ Grupo/oficina de convivência e atividades sócio-educativas por ciclo de vida ou intergeracional
- ☐ Grupo/oficina de convivência e atividades sócio-educativas com famílias
- ☐ Palestras
- ☐ Ações de capacitação e de inserção produtiva
- ☐ Campanhas sócio-educativas
- ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos
- ☐ Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais
- ☐ Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único
- ☐ Inserção de famílias no Cadastro Único
- ☐ Orientação/acompanhamento para inserção do BPC

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

V. Articulação:

Indique os serviços, programas ou instituições com os quais este CRAS possui articulação:

- ☐ Demais unidades da Rede de Proteção Social Básica
- ☐ Rede de Proteção Social Especial
- ☐ Vara da Infância e da Juventude
- ☐ Conselho Tutelar
- ☐ Defensoria Pública / Ministério Público
- ☐ Serviços de Atenção Básica em Saúde (Equipes de Saúde da Família / Postos de Saúde)
- ☐ Serviços Públicos de Educação
- ☐ Órgãos ou serviços relacionados a Trabalho e Emprego
- ☐ Conselhos de Políticas Públicas (CMAS ou outros)
- ☐ Serviços ou Programas de Segurança Alimentar
- ☐ Nenhum dos serviços ou instituições acima mencionados (crítica)

VI. Recursos Humanos do CRAS:

Indique a formação, vínculo, carga horária e função de cada membro da equipe deste CRAS:

NOME	Formação	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL
1º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11º membro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Formação	Tipo de Vínculo	Função
1-Assistente Social	1-Estatutários	1-Coordenador
2-Psicólogo	2-CLT	2-Técnico de Nível Superior
3-Pedagogo	3-Somente comissionado	3-Técnico de Nível Médio
4-Outro profissional de nível superior	4-Sem vínculo permanente	4-Apoio Administrativo
5-Profissional de nível médio		
6-Profissional de nível fundamental		
7-Estagiário cursando graduação		

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

Seção adaptável em função da estratégia adotada pelo Estado:

Identificação do agente municipal responsável pelas respostas

1. () Secretário Municipal de Assistência

2. () Coordenador do CRAS

3. () Outro: _____

Nome: _____

Telefone: (____) _____

Email: _____

Identificação do técnico estadual responsável pela visita

Nome: _____

Email: _____

Houve visita ao CRAS: 1.() Sim 2. () Não Data de visita: __/__/__

IMPORTANTE: Esta ficha poderá ser utilizada para a coleta das informações, entretanto, NÃO deve ser encaminhada, em hipótese alguma ao MDS. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.