



Direcção Geral da Solidariedade Social
Praia - CP 453, Tel. 260 0 7 11/ 261 12 51 ; Fax: 261 01 63



Praia- CP 116, Tel. 2 61 38 27 / 261 39 60, Fax.2 61 16 56

CARTA SOCIAL DE CABO VERDE, 2010

RECENSEAMENTO DOS EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS SOCIAIS

BOLETIM ADICIONAL

ESTE BOLETIM É APLICÁVEL ÀS VALÊNCIAS NÚMEROS 2 E SEQUINTE

Nome Do Equipamento _____

N.º de identificação

Nome Da Valência _____ N.º

1. Ilha 2. Concelho

3. Freguesia

4. Distrito de Recenseamento (DR)

VISITAS	1	2	3
DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESULTADO*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRÓXIMA VISITA: DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Resultado da visita: Entrevista Completa, Entrevista Incompleta

Nome do Inquiridor

Nome do Supervisor

Nome do Digitador

NOME do Equipamento em que se encontra inserida a Valência

Localização

1. Ilha _____
2. Concelho _____
3. Freguesia _____
4. Cidade/Vila/Zona _____
5. Bairro/Lugar _____

V1. Nome da Valência _____

V1.a Tipo de Valência _____

V2. Identificação da Entidade Gestora

CASO ESTA COINCIDIR COM A ENTIDADE PROPRIETÁRIA DO EQUIPAMENTO, REGISTE APENAS O NOME, E PASSE PARA V4.

1. Nome _____
2. Endereço _____
3. Caixa Postal _____ 4. Telefone _____ 5. Fax _____
6. E- mail: _____

V3. Natureza Jurídica da Entidade gestora da valência

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1- ONG | 2- Fundação de Solidariedade Social |
| 3- Associação Comunitária | 4- Organização/Confissão religiosa |
| 5 - Associação Mutualista | 6- Serviço de administração pública |
| 7- Autarquia local | 8- Empresa |
| 9- Serviços Sociais de empresa | 10 -Outra entidade com fins lucrativas |
| 99- Outro (Especifique) _____ | |

1. Nome da Entidade Gestora _____

2. Endereço _____
3. Caixa Postal _____ 4. Telefone _____
5. Fax _____
6. E- mail: _____

V3. Natureza Jurídica da Entidade gestora da valência

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1- ONG | 2- Fundação de Solidariedade Social |
| 3- Associação Comunitária | 4- Organização/Confissão religiosa |
| 5 - Associação Mutualista | 6- Serviço de administração pública |
| 7- Autarquia local | 8- Empresa |
| 9- Serviços Sociais de empresa | 10 - Outra entidade com fins lucrativas |
| 99- Outro (Especifique) _____ | |

A valência é oficializada?

- Se Sim, Data de oficialização /__/_/ / __/_/ / __/_/ __/_/ __/_/
- Dia Mês Ano

Data de Início de Funcionamento (EM DIA, MÊS, ANO)

/ / // / // / / /

1- De manhã 2- A tarde 3- Os dois períodos
4- 24 horas /24 5- Período único

1-Cinco (5) días por semana 2- Todos os días
3- Sólo fins de semana 4- Menos de 5 días por semana
5- Ocasionalmente

Número de meses por ano.....|_|_|
Se menos de 12 meses, Meses de Enceramento..... de |_|_| a |_|_|

AS PERGUNTAS V9, V10, V11 APLICAM-SE ÀS VALÊNCIAS DO **TIPO A, C, e D**, EXCEPTO OS CENTROS DE CONVÍVIO E CENTROS DE DIA PARA IDOSOS, COLONIAS DE FERIAS.

Número de utentes.....|_|_|_|

Número total de utentes.....|_|_|_|

V11. Número de utentes inscritos até a semana anterior à data da entrevista, por grupo etário e segundo o sexo.

Grupo etário (anos)	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
< 1			
1-3			
4-6			
7-9			
10-12			
13-15			
16-18			
19-29			
30-39			
40-49			
50-59			
60 e +			
Total			

V12. Número Médio de utentes por dia.

A PERGUNTA V12 APLICA-SE ÀS VALÊNCIAS DO TIPO B, e AOS CENTROS DE CONVÍVIO E CENTROS DE DIA PARA IDOSOS.

Número Médio de utentes por dia.....|_|_|_|

V13. Categoria de utentes.

APENAS PARA OS CENTROS DE REABILITAÇÃO DOS DEFICIENTES E DE APOIO SÓCIO-EDUCATIVO.

Qual a categoria de utentes que frequenta a valência?

- 1- Deficiente visual 2- Deficiente motor
3- Deficiente auditivo 9- Outro (ESPECIFIQUE) _____

V14. Motivo de Admissão.

PARA AS VALÊNCIAS COMO CENTROS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E JOVENS, LARES PARA IDOSOS, CENTROS DE DIA PARA IDOSOS (RESPOSTAS MÚLTIPLAS).

Qual o motivo de admissão de pessoa na (NOME da valência)?

MOTIVO DE ADMISSÃO	SIM	NÃO
Abandono	1	2
Desajustamento/Negligência da família	1	2
Carência económica	1	2
Isolamento	1	2
Outro (ESPECIFIQUE) _____	1	2

PARA TODAS AS VALÊNCIAS: A, B, C, D

V15. Serviços prestados/Actividades desenvolvidas.

Quais os Serviços prestados aos utentes e actividades desenvolvidas pela (NOME da valência)? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

SERVIÇOS PRESTADOS	SIM	NÃO
Serviço médico	1	2
Serviço de enfermagem	1	2
Cuidados de Higiene	1	2
Alimentação	1	2
Alojamento	1	2
Transporte	1	2
Apoio psicossocial	1	2
Apoio pedagógico	1	2
Concessão de dispositivos de compensação	1	2
Serviço sócio-educativo	1	2
Formação profissionalizante	1	2
Informação/sensibilização	1	2
Cultural	1	2
Lúdica/Recreativa	1	2
Desportivo	1	2
Adopção	1	2
Apadrinhamento	1	2
Famílias substitutas	1	2
Outro (ESPECIFIQUE) _____	1	2

V16. Quais as fontes de financiamento para funcionamento (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)?

FONTE	SIM	NÃO
Autofinanciamento	1	2
Autarquia	1	2
Governo	1	2
Associação Comunitária	1	2
Empresa Pública	1	2
Empresa Privada	1	2
Cooperação internacional	1	2
ONG nacional	1	2
Particular	1	2
Outro (ESPECIFIQUE) _____	1	2

V17. Custos para os utentes**O acesso a valência é gratuito?**

1- Sim (IR a V20) 2- Não

V18. Mensalidade mínima (de pagamento por utente)..... |_|_|_|_|_|_| Escudos**V19.** Mensalidade máxima (de pagamento por utente)..... |_|_|_|_|_|_| Escudos.

V20- A PERGUNTA A SEGUIR APLICA-SE APENAS ÀS VALÊNCIAS QUE POSSUEM COMO ACTIVIDADES ADOPÇÃO, APADRINHAMENTO E FAMÍLIAS SUBSTITUTAS

Qual o número de pessoas atendido pela (NOME da ENTIDADE GESTORA) para esta valência nos últimos 5 anos?

Número de pessoas atendido nos últimos 5 anos

Actividade	2005		2006		2007		2008		2009	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Adopção										
Apadrinhamento										
Famílias Substitutas										

V21. Recursos humanos. INFORMAÇÕES REFERENTES AO PESSOAL AO SERVIÇO DA VALENCIA, NA SEMANA ANTERIOR À DATA DA ENTREVISTA

Agora gostaria de obter algumas informações referentes às pessoas que trabalham neste equipamento

Nº de Linha	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)				
	Nome	Sexo	Idade	Função	Vínculo	Regime de trabalho	Nível de Instrução	Área de formação	Valência afectada				
									1	2	3	4	5
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													

CÓDIGOS Função/Ocupação				Vínculo	Regime	Nível Instrução
PESSOAL TÉCNICO		PESSOAL NÃO TÉCNICO		1- Permanente/ Contrato Indeterm.	1- Tempo inteiro	1- Sem instrução
01- Pessoal Dirigente	08- Médico	13 - Administrativo	20- Ajudante Servi. G	2- Não permanente/Contrato prazo	2- Tempo parcial	2-Alfabetizado
02- Educadora Infância	09- Enfermeiro	14- Aux. Administração	99- Outro (especifique)	3- Sem Vínculo/ Sem Contrato		3-Primario/EBI
03- Orientadora de jardim	10- Fisioterapeuta	15- Pessoal de limpeza		4- Voluntário		4-Secundario Incompleto
04- Monitora	11- Professor	16- Pessoal de cozinha				5- Secundário Completo
05- Educador/Anim. Social	12-Mestre de Oficina	17 Pessoal de lavandaria				6- Curso médio
06- Assistente Social	98- Outro (especifique)	18- Motorista		1- Masculino		7- Superior
07- Psicólogo		19- Guarda		2- Feminino		

OBSERVAÇÃO: SE O EQUIPAMENTO A QUE PERTENCE ESTA VALÊNCIA POSSUI OUTRAS VALÊNCIAS, UTILIZE A FICHA ADICIONAL E REGISTE TODAS AS RESPECTIVAS INFORMAÇÕES.