



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 DO EQUIPAMENTO SOCIAL

Nome do equipamento _____

1. Ilha _____ 2. Concelho _____

3. Freguesia _____

4 Distrito de Recenseamento (DR) _____

N.º de identificação _____

VISITAS	1	2	3
DATA	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /
RESULTADO*			
PRÓXIMA VISITA: DATA	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /
HORA			

*Resultado da visita: 1. Entrevista Completa, 2. Entrevista Incompleta, 3. Não encontrado

Nome do Inquiridor _____

Nome do Supervisor _____

Nome do Digitador _____

AUTORIDADE E SEGREDO ESTATÍSTICO

Lei 15/V/96, de 11 de Novembro

Artigo 6º § 1. AUTORIDADE ESTATÍSTICA

1. No exercício de sua actividade, o INE e os órgãos produtores de estatísticas sectoriais podem realizar inquéritos e efectuar todas as diligências necessárias à produção de dados estatísticos e podem solicitar informações a todos os funcionários, autoridades, serviços ou organismos e a todas as pessoas singulares e colectivas que se encontram no território Nacional ou nele exerçam a sua actividade.

Artigo 7º § 2. SEGREDO ESTATÍSTICO

2. Todas as informações estatísticas de carácter individual, colhidas pelos órgãos que compõem o SEN são de natureza confidencial

I. IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO

E1. Nome do Equipamento _____

E1.a Código de Equipamento/valência _____|_|_|_|_|

E2. Contacto

1. Endereço _____

2. Caixa Postal _____ 3. Telefone |_|_|_|_|_|_|_|_|

5. Fax |_|_|_|_|_|_|_|_| 4. Móvel |_|_|_|_|_|_|_|_|

6. E-mail: _____

E3. Localização

1. Ilha _____|_| 2. Concelho _____|_|_|_|

3. Freguesia _____|_|_|_|_|

4. Cidade/Vila/Zona _____|_|_|_|_|_|_|_|

5. Bairro/Lugar _____|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E4. Identificação Geográfica

REPORTE O CÓDIGO DO EQUIPAMENTO e AS SUAS COORDENADAS RECORRENDO À LISTA DISPONIBILIZADA OU PROCEDER AO LEVANTAMENTO, NO CASO CONTRÁRIO.

E4.1 Código Geográfico do Equipamento _____|_|_|_|_|_|_|_|

E4.2 Coordenadas geográficas do Equipamento

1- Latitude (Y).....|_|_|, |_|_|_|_|_|

2- Longitude (X).....|_|_|, |_|_|_|_|_|

3- Altitude.....|_|_|_| metros

4. Ponto de referência _____

E5. Situação do Equipamento

1- Em funcionamento como equipamento social

2- Em funcionamento para outros fins

3- Suspenso

4- Aguarda o início de funcionamento

5- Encerrado

6- Em construção

9- Outro (ESPECIFIQUE) _____

SE A RESPOSTA A PERGUNTA E5 FOR 2, 3, 5, 6 ou 9, PREENCHA APENAS AS PERGUNTAS E7, E8, E9, E10 e DARÁ PARA CONCLUÍDA A ENTREVISTA.

E6. Situação Jurídica do Equipamento

O equipamento é oficializado? 1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

Se Sim, Data de oficialização / ___/___/ ___/___/ ___/___/___/___/

Dia

Mês

Ano

Entidade proprietária do equipamento**E7. Nome da entidade proprietária do Equipamento** _____**E8. Contacto**

1. Endereço _____

2. Caixa Postal _____ 3. Telefone | | | | | | | | 4. Fax | | | | | | | |

5. E- mail: _____

E9. Localização

1. Ilha _____ | | 2. Concelho _____ | | | |

3. Freguesia _____ | | | |

4. Cidade/Vila/Zona _____ | | | | | | | |

5. Bairro/Lugar _____ | | | | | | | |

E10. Natureza Jurídica da Entidade Proprietária

- | | |
|--------------------------------|--|
| 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 lucrativos |
| 99- Outro (ESPECIFIQUE) _____ | |

Entidade Gestora do Equipamento

CASO ESTA COINCIDIR COM ENTIDADE PROPRIETÁRIA DE EQUIPAMENTO REGISTE APENAS O NOME E PROSSIGA COM E15.

E11. Nome da Entidade Gestora do Equipamento _____**E12. Contacto**

1. Endereço _____

2. Caixa Postal _____ 3. Telefone | | | | | | | | 4. Fax | | | | | | | |

5. E- mail: _____

E13. Localização

1. Ilha _____ | | 2. Concelho _____ | | | |

2. Freguesia _____ | | | |

4. Cidade/Vila/Zona _____ | | | | | | | |

5. Bairro/Lugar _____ | | | | | | | |

E14. Natureza Jurídica da Entidade gestora do equipamento

- | | |
|--------------------------------|---|
| 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) _____ | |

II- DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO**E15. O equipamento tem o sistema de evacuação das águas residuais?**

- 1- Sim, ligado à rede pública de esgotos
- 2 - Sim, ligado a fossa séptica
- 3 - Não

E16. O equipamento está ligado à rede pública de distribuição de água?

- 1 - Sim, no interior do equipamento
- 2 - Sim, apenas no exterior de equipamento
- 3- Não

E17. Qual a forma principal de abastecimento de água?

- 1- Água canalizada
- 2- Auto tanque
- 3- Chafariz
- 4- Cisterna
- 5- Poço
- 6- Levada
- 9- Outro (Especifique) _____

E18. O equipamento tem electricidade?

- 1- Sim
- 2- Não

E19. O equipamento tem retrete?

- 1- Retrete com dispositivo de descarga
- 2- Retrete sem dispositivo de descarga
- 3- Latrina
- 4- Nem retrete, nem latrina

E20. O equipamento tem instalação de banho e duche?

- 1- Sim
- 2- Não

E21. O equipamento possui cozinha?

- 1- Sim, no interior do equipamento
- 2- Sim, no exterior de equipamento
- 3- Não

E22. Qual é o principal modo de evacuação dos resíduos sólidos?

- 1- Contentor
- 2- Carro de lixo
- 3- Enterrado/queimados
- 4- Natureza/ao redor
- 9- Outro (ESPECIFIQUE) _____

E23. O equipamento está dentro de uma aglomeração populacional?

- 1- Sim
- 2- Não

E24. Qual o tipo de instalação do equipamento?

Morada/ casa individual

Edifícios clássicos de 2 andares e mais

11- Apenas Rés-do- chão

21 - Apenas Rés-do- chão

12- Apenas 1º Andar

22 -Outros andares

13- Rés-do-chão e 1º andar

23- Totalidade do edifício

31-Complexo

41- Garagem

99-Outro (ESPECIFIQUE) _____

E25. Qual o tipo de Construção?

- 1- De raiz
- 2- Adaptado
- 9-Outro (ESPECIFIQUE) _____

E26. Como avalia o estado de conservação deste equipamento?

- 1-Mau
- 2-Razoavel
- 3-Bom
- 4-Muito bom

E27. Qual o Regime de Ocupação (DEVENDO SER CONSIDERADA A ENTIDADE GESTORA)?

- 1- Próprio 2- Arrendado
3- Cedido/emprestado 9- Outro (ESPECIFIQUE) _____

E28. Em que época foi construído o edifício em que se insere o equipamento?

- 1-Antes 1990
2-Entre 1990 e 1994
3- Entre 1995 e 1999
4-Entre 2000 e 2004
5-Entre 2005 e 2009
6- Não Sabe/ Não respondeu

FONTES DE FINANCIAMENTO PARA CONSTRUÇÃO OU REMODELAÇÃO

APLICA-SE APENAS ÀS CONSTRUÇÕES FEITAS DE RAIZ OU ADAPTADAS (CONFIRA E25).

E29. Fonte de financiamento da construção (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

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

E30. O equipamento foi remodelado nos últimos 5 anos (Jan. 2005 – Jan. 2010)?

1. Sim 2. Não (SE NÃO, PROSSIGA COM E32)

E31. Qual a fonte de financiamento da última remodelação?

Fonte de financiamento da construção (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

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

III. VALÊNCIAS EXISTENTES NO EQUIPAMENTO

E32. Número de Valências do Equipamento |_|

E33. Listagem das Valências (Nome)

1. _____ |_|
2. _____ |_|
3. _____ |_|
4. _____ |_|
5. _____ |_|

OBSERVAÇÃO

As Valências são classificadas segundo o tipo:

- **Valências do tipo A:** creches, jardins-de-infância, serviço de apoio domiciliário, centro de apoio sócio- educativo, centro de recuperação nutricional, centro de acolhimento para crianças e jovens em situação de risco, lares para crianças e jovens em situação de risco, centro de convívio para idosos, centro de dia para idosos, lares para idosos e lar/residência para estudantes, centro de emergência infantil.
- **Valências do tipo B:** centros de juventude, centros comunitários.
- **Valências do tipo C:** centro de reabilitação dos deficientes, centro de reabilitação de toxicodependentes, centro de reabilitação de alcoólicos e de actividades ocupacionais para deficientes.
- **Valências do tipo D :** ocupação de tempos livres, colónias de férias

VALÊNCIA NO EQUIPAMENTO

VALÊNCIA.....Nº |_|_|

V1. Nome da Valência _____

E1.a Código de Valência _____|_|_|_|

V2. Identificação da Entidade Gestora

CONFIRA E32 (NÚMERO DE VALÊNCIAS NO EQUIPAMENTO):

- SE IGUAL A 1, PASSE PARA A PERGUNTA V5;
- SE SUPERIOR A 1, CONFIRA SE A ENTIDADE GESTORA DA VALÊNCIA FOR A ENTIDADE GESTORA DO EQUIPAMENTO. SE SIM, REGISTE APENAS O NOME E PASSE IA QUESTÃO V4.

1. Nome da Entidade Gestora da valência _____

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) _____

V4. Situação Jurídica da Valência

O equipamento/valência é oficializada?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

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

V5. Funcionamento

Data de Início de Funcionamento (EM DIA, MÊS, ANO) /__/_/ __/_/ __/_/_____
Dia MêS Ano

V6. Horário de funcionamento

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

V7. Modalidade de funcionamento

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

V8. A valência funciona quantos meses por ano?

Número de meses por ano.....| |

Se menos de 12 meses, meses de Enceramento: a

CAPACIDADE/UTENTES

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

V9. Capacidade instalada. Qual o número de utentes que a valência pode abranger?

Número de utentes.....|_|_|_|

V10. Qual o número de utentes que frequenta actualmente esta valência?

Número total de utentes.....|_|_|_|

V11. Número de utentes inscritos até a semana anterior à data da entrevista e 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.....|_|_|_|

CATEGORIA DE UTENTES E MOTIVO DE ADMISSÃO

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

V13. 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)? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

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 TODOS AS VALÊNCIAS: A, B, C, D**V15. Serviços prestados/Actividades desenvolvidas.****Quais os Serviços prestados aos utentes e as 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. 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, OU APADRINHAMENTO OU FAMÍLIAS SUBSTITUTAS (**VER V15**)

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

Número de pessoas atendido nos últimos 5 anos

<div> <div>Ano</div> <div>Actividade</div> </div>	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 VALÊNCIA, 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.