



Ministério do Trabalho e Solidariedade
Direcção Geral da Solidariedade Social
Praia - CP 453 , Tel. 60 0 7 11/ 61 12 51 ; Fax: 61 01 63



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

PROJECTO «CARTA SOCIAL DE CABO VERDE»

RECENSEAMENTO DOS EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS SOCIAIS

BOLETIM DO EQUIPAMENTO SOCIAL

Nome do equipamento _____

Numero de terreno |_|_|_|_|

Ilha _____

Concelho _____

N.º de identificação |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

*Resultado da visita: Entrevista Completa, Entrevista Incompleta.

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 _____

E2. Contacto

1. Endereço _____

2. Caixa Postal _____

3. Telefone |__|__|__|__|__|

4. Fax |__|__|__|__|__|

5. E -mail: _____

E3. Localização

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

E4. Coordenadas geográficas do Equipamento

1- Latitude.....|__|° |__|' |__|''

2- Longitude.....|__|° |__|' |__|''

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.

E6. Situação Jurídica do Equipamento

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

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

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 lucrativas |
| 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 está dentro de uma aglomeração populacional?

- 1- Sim
- 2- Não

E16. Tipo de Instalação

- 1- Prédio apenas no rés-do-chão
- 2- Prédio incluindo rés-do-chão
- 3- Prédio não incluindo rés-do-chão
- 4-Casa individual/moradia
- 5-Complexo
- 6- Garagem
- 9-Outro (Especifique) _____

E17. Tipo de Construção

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

E18. Numa escala de 0 a 10, qual a pontuação que atribui a este equipamento quanto a seu de Estado de Conservação ?

Pontuação.....|_|_|

E19. Regime de Ocupação (DEVENDO SER CONSIDERADA A ENTIDADE GESTORA)

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

E20. Qual a principal forma de evacuação das águas residuais ?

- 1.Fossa séptica 2- Rede esgoto
3- Redor do Equipamento 9- Outro (ESPECIFIQUE) _____

E21. Qual a Forma principal de abastecimento de água?

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

Fontes de Financiamento para construção/remodelação

APLICA-SE APENAS AS CONSTRUÇÕES FEITAS DE RAIZ OU ADAPTADAS

E22. Fonte de financiamento da construção (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- | | | |
|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 1- Autofinanciamento | 2- Autarquia | 3- Governo |
| 4- Empresa Privada | 5- Empresa Pública | 6- Cooperação internacional |
| 7- ONG nacional | 8- Particular | 9- Outro (ESPECIFIQUE) _____ |

E23. O equipamento foi remodelado nos últimos 5 anos (Maio 1999 – Maio 2004)?

1. Sim 2. Não (SE NÃO, PROSSIGA COM E25)

E24. Fonte de financiamento da ultima remodelação

Fonte de financiamento da construção (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1- Autofinanciamento | 2- Autarquia | 3- Governo |
| 4- Empresa Privada | 5- Empresa Pública | 5- Cooperação internacional |
| 7- ONG nacional | 8- Particular | 9- Outro (ESPECIFIQUE) |

Valências existentes no Equipamento

E25. Numero de Valências do Equipamento

E26. 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 dos toxicodependentes, centro de reabilitação dos alcoólicos e de actividades ocupacionais para deficientes.
- **Valências do tipo D :** ocupação de tempos livres, colónias de férias

VALÊNCIA NO EQUIPAMENTO

Valência.....Nº |_1_|

V1. Nome da Valência _____

V2. Identificação da Entidade Gestora

CONFIRA E25 (numero de valências no equipamento):

- Se igual a 1, Passe para a pergunta V4;

- Se superior a 1, Confira se a entidade gestora da valência for a entidade Gestora do equipamento.
No caso afirmativo registre apenas o nome e passe imediatamente a questão V4 .

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)_____

V4. Situação Jurídica da Valência

O equipamento é oficializado ?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

Se Sim, Data de oficialização /__/_/__/__/_/__/__/_/

V5. Funcionamento

Data de Inicio de Funcionamento (EM 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 ?

Numero de meses por ano.....|_|_|

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

Capacidade/Utentes

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

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 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.....|_|_|_|

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)? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1- Abandono | 2- Desajustamento/Negligência familiar |
| 3- Carência económica | 4- Isolamento |
| 9-Outro (ESPECIFIQUE) _____ | |

V15. Serviços prestados/Actividades desenvolvidas.**Quais os Serviços prestados aos utentes e actividades desenvolvidas pela (NOME da valência)?**

(RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- 1-Serviço médico
- 2-Serviço de enfermagem
- 3-Cuidados de Higiene
- 4-Alimentação
- 5-Alojamento
- 6-Transporte
- 7-Apoio psicossocial
- 8-Apoio pedagógico
- 9-Concessão de dispositivos de compensação
- 10-Serviço sócio-educativo
- 11- Formação profissionalizante
- 12- Informação/sensibilização
- 13-Cultural
- 14- Lúdica/Recreativa
- 15- Desportivo
- 16- Adopção
- 17- Apadrinhamento
- 18- Famílias substitutas
- 99- Outro (ESPECIFIQUE) _____

V16. Fontes de financiamento para funcionamento (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- 1- Autofinanciamento 2- Autarquia 3- Governo
 4- Empresa Privada 5- Empresa Pública 5- Cooperação internacional
 7- ONG nacional 8- Particular
 9- Outro (ESPECIFIQUE)_____

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

- 1- Sim 2- Não (SE NÃO, PROSSIGA COM V18 E V19)

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

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

V20- A PERGUNTA A SEGUIR APLICA-SE APAENAS 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 4 anos?

Número de pessoas atendido nos últimos 4 anos

<div> <div>Ano</div> <div>Actividade</div> </div>	2000		2001		2002		2003	
	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

Nº de Linha	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)				
	Nome	sexo	função	vínculo	Regime de trabalho	Nível de Instrução	Área de formação	Valencia 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	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/A. Social	12-Mestre de Oficina	17 Pessoal de lavanderia				6- Curso médio
06- Assistente Social	98- Outro	18- Motorista		1- Masculino		7- Licenciatura
07- Psicólogo		19- Guarda		2- Feminino		/Mestrado

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