



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 ADICIONAL*

ESTE BOLETIM É APLICÁVEL ÀS VALÊNCIAS NUMEROS 2 E SEQUINTES

Nome Do Equipamento \_\_\_\_\_

N.º de identificação

Nome Da Valência \_\_\_\_\_ N.º

Ilha \_\_\_\_\_

Concelho \_\_\_\_\_

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"/>	

\*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** \_\_\_\_\_

**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)_____   |   |

**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 Início 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)?**

- 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**

Ano Actividade	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 Indetermin.	1- Tempo inteiro	1- Sem instrução
01- Pessoal Dirigente	08- Médico	13 - Administrativo	20- Ajudante Serv. G.	2- Não permanente/Contrato prazo	2- Tempo parcial	2-Alfabetizado
02- Educadora Infância	09- Enfermeiro	14- P. Auxiliar de	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
04- Monitora	11- Professor	16- Pessoal de cozinha				5- Secundário Completo
05- Educador/A. Social	12-Mestre de Oficina	17 Pessoal de lavandaria		<b>Sexo</b>		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.