

PORTARIA NORMATIVA INTERMINISTERIAL Nº 20 DE 07 DE DEZEMBRO DE 2007

Aprova os instrumentos necessários à formalização do compromisso do Distrito Federal e dos municípios com a União acerca do Programa instituído pela Portaria Normativa Interministerial n.º 18, de 24 de abril de 2007, e o questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência das pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC na escola, assim como define os procedimentos atinentes a esse compromisso.

O MINISTRO DA EDUCAÇÃO, O MINISTRO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, O SECRETÁRIO ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS e O MINISTRO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Constituição Federal, na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, no Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 e no Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007; e,

Considerando que o Distrito Federal e os municípios brasileiros são entes autônomos, de acordo com o Art. 18, *caput*, da Constituição Federal;

Considerando que a realização dos objetivos da República Federativa do Brasil de erradicar a pobreza e a marginalização, assim como de reduzir as desigualdades sociais e regionais, previstos no art. 3º, III, da Constituição Federal, depende do compartilhamento de responsabilidades, da cooperação e da coordenação de ações entre a União e demais entes federados;

Considerando que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família, e que o ensino será ministrado com base no princípio da igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, de acordo com o Art. 205 da Constituição Federal;

Considerando que é competência comum da União e dos demais entes federados cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas com deficiência, de acordo com o Art. 23, inciso II, da Constituição Federal;

Considerando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, conforme Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que as pessoas com deficiência gozam dos Direitos Humanos em igualdade de condições com as demais pessoas, de acordo com a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989;

Considerando que o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC é um direito constitucional e uma modalidade de provisão de proteção social viabilizada pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS e que constitui uma garantia de renda às pessoas com deficiência, em qualquer idade, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família, de acordo com a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

Considerando que as crianças, adolescentes e jovens com deficiência beneficiárias do BPC encontram-se fora da escola, quando o objetivo do benefício é melhorar a qualidade de vida e promover os direitos de cidadania;

Considerando que é preciso haver equiparação de condições para que as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC possam acessar as políticas públicas e fortalecer a sua autonomia e independência;

Considerando que é necessária a articulação entre as políticas de educação, de assistência social, de direitos humanos e de saúde por intermédio de ações intersetoriais que promovam o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, visando a consolidação do direito de todos à educação; e,

Considerando ainda que o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC, instituído pela Portaria Normativa Interministerial n.º 18, de 24 de abril de 2007, tem por objetivo promover a elevação da qualidade de vida e dignidade das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, prioritariamente de 0 a 18 anos de idade, garantindo-lhes o acesso e permanência na escola, por meio da articulação intersetorial, envolvendo as políticas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde, favorecendo o pleno desenvolvimento dos beneficiários;

RESOLVEM:

Art. 1º. Aprovar os instrumentos necessários à formalização do compromisso do Distrito Federal e dos municípios com a União acerca do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, doravante Programa, e o questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, na forma dos documentos contidos nos Anexos a esta Portaria e definir os procedimentos atinentes ao referido compromisso.

Art. 2º. O compromisso a que se refere o artigo 1º desta Portaria constitui ações e medidas sob responsabilidade do Distrito Federal e dos municípios acerca do Programa no âmbito de seu território e de sua competência, bem como os compromissos de apoio técnico e financeiro da União.

§1º. Para fins desta portaria, a União estará representada pelo Ministério da Educação, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência República e pelo Ministério da Saúde;

§2º. Os Anexos mencionados no *caput* têm os seguintes conteúdos:

- I - Anexo I: **Formulário de designação do Grupo Gestor Local do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, do Coordenador do Grupo Gestor Local e do Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC;**
- II - Anexo II: **Termo de Compromisso do Distrito Federal com a União acerca do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC;**
- III - Anexo III: **Termo de Compromisso do Município com a União acerca do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC;**
- IV - Anexo IV: **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC.**

§3º Esta Portaria e os Anexos especificados no parágrafo 2º deste artigo serão disponibilizados eletronicamente na Rede SUAS, integrado ao sistema SUASWEB, no portal da rede internacional de computadores do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS;

§ 4º A disponibilização automatizada do Anexo IV - **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC** ocorrerá a partir do início dos efeitos dos Termos de Compromisso do Distrito Federal e do município com a União acerca do Programa, conforme estabelecido no §4º do Art. 4º desta Portaria.

Art. 3º. O estabelecimento do compromisso do Distrito Federal e do município com a União acerca do Programa pressupõe o atendimento dos seguintes requisitos:

- I - a existência formal do Grupo Gestor Local do Programa e de seu Coordenador, cuja confirmação ocorrerá mediante o preenchimento do Anexo I a esta Portaria;
- II - a designação do Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do questionário ~~para~~ **de** identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, cuja confirmação ocorrerá mediante preenchimento do Anexo I a esta Portaria;

§ 1º. O Grupo Gestor Local deverá ser composto pelos gestores das políticas de educação, assistência social, saúde e de direitos humanos no Distrito Federal ou no município;

§ 2º Quando não houver gestor local da política de Direitos Humanos, o Grupo Gestor Local do Programa deverá ser composto pelos gestores das demais políticas citadas no parágrafo 1º deste artigo;

§ 3º. O Coordenador do Grupo Gestor Local do Programa deverá ser gestor da política de educação especial/inclusiva ou de assistência social no Distrito Federal ou no município;

§ 4º. A Equipe Técnica para aplicação do **Questionário para de identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC** deverá ser composta por técnicos, preferencialmente, das áreas de educação, de assistência social e da saúde;

§ 5º. O Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do **Questionário para de identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência dos beneficiários do BPC** deverá ser um assistente social, preferencialmente, com lotação na área de assistência social no Distrito Federal ou no município em que se aplique o instrumento;

Art. 4º. O Distrito Federal e o município para formalizar o compromisso com a União acerca do Programa deverão atender aos requisitos previstos nos termos do artigo 3º e realizar a confirmação eletrônica da aceitação do Termo de Compromisso, obedecendo aos seguintes procedimentos:

I - no caso do Distrito Federal:

- a) preenchimento eletrônico do Anexo I a esta Portaria - **Formulário de designação do Grupo Gestor Local do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, do Coordenador do Grupo Gestor Local e do Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC;**
- b) confirmação eletrônica da aceitação do **Termo de Compromisso do Distrito Federal com a União acerca do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC**, Anexo II a esta Portaria;

II - no caso do município:

- a) preenchimento eletrônico do Anexo I a esta Portaria - **Formulário de designação do Grupo Gestor Local do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, do Coordenador do Grupo Gestor Local e do Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC;**

- b) confirmação eletrônica da aceitação do **Termo de Compromisso do Município com a União acerca do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC**, Anexo III a esta Portaria.

§ 1º A realização dos procedimentos descritos na alínea “a” dos incisos I e II deste artigo será efetuada, a partir de autorização do Governador do Distrito Federal ou prefeito do município, pelo gestor local da política de assistência social mediante utilização de senha já disponibilizada ao mesmo na condição de Gestor Local do Sistema SUAS;

§ 2º A realização do procedimento descrito na alínea “b” dos incisos I e II deste artigo deverá ser efetuada exclusivamente pelo representante legal da unidade da federação (governador, prefeito ou quem for por eles designado) mediante utilização de senha específica para tal ato emitida pelo Gestor Local do Sistema SUAS;

§ 3º A confirmação do compromisso do Distrito Federal e do município com a União acerca do Programa será comprovada mediante emissão de recibo de confirmação eletrônica gerado imediatamente após a realização do procedimento previsto na alínea “b” dos incisos I e II deste artigo e encaminhado aos representantes da União neste ato ou a quem for por eles designado, ao Governador do Distrito Federal, ao prefeitos municipais e, quando houver, aos seus respectivos representantes legais designados para fins de formalização do Termo de Compromisso estabelecido por esta Portaria;

§ 4º O estabelecimento do compromisso de que trata o *caput* produzirá seus efeitos a partir da publicação no Diário Oficial da União do extrato dos termos de compromisso com a União acerca do Programa, confirmados pelo Distrito Federal e pelos municípios;

§ 5º O Governador do Distrito Federal e os prefeitos dos municípios que alegarem não anuência à confirmação do compromisso nos termos do § 3º deste artigo, terão o prazo de trinta dias para manifestarem, por escrito, a sua desistência aos representantes da União neste ato, contados a partir da data da publicação no Diário Oficial da União do extrato dos termos de compromisso com a União acerca do Programa, confirmados pelo Distrito Federal e pelos municípios;

§ 6º Após a emissão do recibo de confirmação eletrônica de que trata o §3º deste artigo, será permitida a impressão deste recibo, bem como dos anexos I, II, III, e IV a esta Portaria, devidamente preenchidos.

Art. 5º. O estabelecimento de compromisso do Distrito Federal e do município com União acerca do Programa e sua execução regular, atinado com o alcance dos objetivos do Programa pelo Distrito Federal e pelo município, deverão ser considerados na destinação de apoio técnico e financeiro aos sistemas do Distrito Federal e municipais de ensino e aos órgãos do Distrito Federal e municipais que compõem o Sistema Único de Assistência Social - SUAS e o Sistema Único de Saúde - SUS, observado o disposto no Art. 3º da Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007.

§ 1º. A destinação de apoio técnico e financeiro de que trata o *caput* deste artigo, observada a disponibilidade orçamentária e operacional, será objeto de atos normativos específicos emitidos por cada órgão do governo federal responsável pelo Programa, respeitando o disposto no Art. 3º e Art. 4º da Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007;

§ 2º. O recurso referente ao incentivo financeiro destinado à aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, no ano de 2008, será de competência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que disciplinará o seu repasse em ato específico;

§ 3º. O repasse do recurso ao Distrito Federal e aos municípios, referente ao incentivo financeiro que se destina à aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, no ano de 2008, sob responsabilidade do MDS, será efetuado após a publicação no Diário Oficial da União da lista das unidades da federação que aceitaram o compromisso de que trata o artigo 2º desta Portaria;

§ 4º. Em face de desistência prevista no § 4º do Art. 4º desta Portaria, o recurso repassado deverá ser totalmente restituído ao Fundo Nacional de Assistência Social, obedecendo aos procedimentos estabelecidos em normas específicas.

Art. 6º. O Distrito Federal e os municípios disporão de até trinta dias, contados a partir da data de publicação desta Portaria, para formalizarem o estabelecimento de compromisso com a União acerca do Programa.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Educação

PATRUS ANANIAS DE SOUZA

Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

PAULO DE TARSO VANNUCHI

Secretário Especial dos Direitos Humanos

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO I

FORMULÁRIO DE DESIGNAÇÃO DO GRUPO GESTOR LOCAL DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC, DO COORDENADOR DO GRUPO GESTOR LOCAL E DO COORDENADOR DA EQUIPE TÉCNICA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS PARA O ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

1. DADOS DO DISTRITO FEDERAL OU DO MUNICÍPIO		
Nome do Distrito Federal ou município		
CNPJ	UF	
Nome do representante legal [governador(a), prefeito(a) ou substituto designado]		
Endereço para correspondência do representante legal		
Bairro	CEP	Telefone ()
Endereço Eletrônico (e-mail) do(a) governador(a) ou do(a) prefeito(a)		Fax ()
Endereço eletrônico (e-mail) do substituto designado, quando houver		Fax ()
2. DADOS DO COORDENADOR DO GRUPO GESTOR LOCAL DO PROGRAMA		
Nome do Coordenador do Grupo Gestor Local		
Sexo () masculino () feminino	CPF	RG
Escolaridade () médio incompleto () médio completo () superior completo	Cargo (função) () gestor da política de educação () gestor da política de assistência social	
Endereço profissional para correspondência		
Bairro	CEP	Tel ()
Endereço Eletrônico (e-mail)		Fax ()
3. DADOS DOS OUTROS MEMBROS DO GRUPO GESTOR LOCAL DO PROGRAMA		
Nome do Membro do Grupo Gestor Local		
Escolaridade () médio incompleto () médio completo () superior completo	Área em que atua () política de educação () política de assistência social () política de saúde () política de direitos humanos	
Nome do Membro do Grupo Gestor Local		
Escolaridade () médio incompleto () médio completo () superior completo	Área em que atua () política de educação () política de assistência social () política de saúde () política de direitos humanos	
Nome do Membro do Grupo Gestor Local		

Escolaridade <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> médio completo <input type="checkbox"/> superior completo	Área em que atua <input type="checkbox"/> política de educação <input type="checkbox"/> política de assistência social <input type="checkbox"/> política de saúde <input type="checkbox"/> política de direitos humanos
--	---

Nome do Membro do Grupo Gestor Local

Escolaridade <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> médio completo <input type="checkbox"/> superior completo	Área em que atua <input type="checkbox"/> política de educação <input type="checkbox"/> política de assistência social <input type="checkbox"/> política de saúde <input type="checkbox"/> política de direitos humanos
--	---

4. DADOS DO COORDENADOR DA EQUIPE TÉCNICA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS PARA O ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

Nome do coordenador da Equipe Técnica

Escolaridade <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> médio completo <input type="checkbox"/> superior completo	Área em que atua <input type="checkbox"/> política de educação <input type="checkbox"/> política de assistência social <input type="checkbox"/> política de saúde
--	--

5. DESIGNAÇÃO DO GRUPO GESTOR LOCAL, DO COORDENADOR DO GRUPO GESTOR LOCAL E DA EQUIPE TÉCNICA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS PARA O ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

Designo o sr(a) _____,
CPF nº _____, RG nº _____, Coordenador
do Grupo Gestor Local do Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso
e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC nesta
unidade da federação, do Grupo Gestor Local e o sr(a)

_____,
CPF nº _____, RG nº _____,
Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do **Questionário para identificação
das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência
beneficiárias do BPC.**

_____, ____ de _____, de _____

Nome do representante legal
[governador(a), prefeito(a) ou substituto designado]

Cargo ou Função
[governador(a), prefeito(a) ou substituto designado]

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DO DISTRITO FEDERAL COM A UNIÃO ACERCA DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

O Distrito Federal, inscrito no CNPJ/MF sob o nº _____, neste ato representado pelo(a) Governador(a) _____ brasileiro(a), RG nº _____, e CPF nº _____, ou por seu representante legalmente instituído, _____ brasileiro(a), RG nº _____, e CPF nº _____ e o Governo Federal, por intermédio do **Ministério da Educação**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 00.394.445/0003-65, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco L, 8º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. Fernando Haddad, brasileiro, RG nº 119.752.35 - SSP/SP e CPF nº. 052.331.178-86; do **Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 05.526.783/0001-65, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco C, 5º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. Patrus Ananias, brasileiro, RG nº 889.329 - SSP/MG e CPF nº 174.864.406- 87; da **Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.478.625/001-87, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco T, 4º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. Paulo de Tarso Vannuchi, brasileiro, RG nº 4.317.816 SSP-SP, e CPF nº 872.345.138-68; e do **Ministério da Saúde** inscrito no CNPJ/MF sob o nº 00394544/0027-87 situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G , 5º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. José Gomes Temporão, brasileiro, RG nº 2571943 IFP/RJ e CPF nº. 487.471.497-87; e,

Considerando que o Distrito Federal é ente autônomo, de acordo com o art. 18, *caput*, da Constituição Federal;

Considerando que a realização dos objetivos da República Federativa do Brasil de erradicar a pobreza e a marginalização, assim como de reduzir as desigualdades sociais e regionais, previstos no Art. 3º, III, da Constituição Federal, depende do compartilhamento de responsabilidades, da cooperação e da coordenação de ações entre a União e os demais entes federados, inclusive o Distrito Federal;

Considerando que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família, e que o ensino será ministrado com base no princípio da igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, de acordo com o Art. 205 da Constituição Federal;

Considerando que é competência comum da União e dos demais entes federados cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas com deficiência, de acordo com o Art. 23, Inciso II, da Constituição Federal;

Considerando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, conforme Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que as pessoas com deficiência gozam dos Direitos Humanos em igualdade de condições com as demais pessoas, de acordo com a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989;

Considerando que o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC é um direito constitucional e uma modalidade de provisão de proteção social viabilizada pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS e que constitui uma garantia de renda às pessoas com deficiência, em qualquer idade, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família, de acordo com a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

Considerando que as crianças, adolescentes e jovens com deficiência beneficiárias do BPC encontram-se fora da escola, quando o objetivo do benefício é melhorar a qualidade de vida e promover os direitos de cidadania;

Considerando que é preciso haver equiparação de condições para que as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC possam acessar as políticas públicas e fortalecer a sua autonomia e independência;

Considerando que é necessária a articulação entre as políticas de educação, de assistência social, de direitos humanos e de saúde por intermédio de ações intersetoriais que promovam o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, visando a consolidação do direito de todos à educação; e,

Considerando ainda que o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC, instituído pela Portaria Normativa Interministerial n.º 18, de 24 de abril de 2007, tem por objetivo promover a elevação da qualidade de vida e dignidade das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, prioritariamente de 0 a 18 anos de idade, garantindo-lhes o acesso e permanência na escola, por meio da articulação intersetorial, envolvendo as políticas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde, favorecendo o pleno desenvolvimento dos beneficiários;

RESOLVEM firmar o presente TERMO DE COMPROMISSO que será regido pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

Os compromissos do DISTRITO FEDERAL com a União, por meio dos órgãos federais signatários, para o desenvolvimento de ações e adoção de medidas referente ao **Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC**, doravante Programa, no âmbito de seu território e de sua competência, bem como os compromissos de apoio técnico e financeiro da União.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS REQUISITOS

O DISTRITO FEDERAL ao firmar o presente Termo de Compromisso, atesta o cumprimento das seguintes ações:

- I - a existência formal do Grupo Gestor Local do Programa;
- II - a designação do Coordenador do Grupo Gestor Local do Programa, o qual deverá responder:
 - a) pela gestão e coordenação do Programa no Distrito Federal;
 - b) pela articulação com o governo federal;
 - c) pelo envio ao governo federal, por meio eletrônico, dos dados resultantes da aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - d) pelo registro e envio ao governo federal, por meio eletrônico, das informações sobre as ações desenvolvidas pelo Distrito Federal referentes ao Programa;
- III - a designação do Coordenador da Equipe Técnica para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, a qual deverá:
 - a) participar da capacitação específica com vistas a aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - b) conhecer as normas, o material informativo e orientar os demais participantes da Equipe Técnica para a aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - c) aplicar o **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - d) encaminhar ao coordenador do Grupo Gestor Local a relação dos beneficiários do BPC que não foram localizados para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, com as devidas justificativas;
 - e) encaminhar ao coordenador do Grupo Gestor Local o resultado conclusivo da aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, com estes devidamente preenchidos;

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS COMPROMISSOS DOS ÓRGÃOS DO GOVERNO FEDERAL

- I - O Ministério da Educação - MEC assumirá os seguintes compromissos em relação ao DISTRITO FEDERAL após o estabelecimento do compromisso do mesmo com a União sobre o Programa:
 - a) disponibilização dos dados do Censo Escolar MEC/INEP;
 - b) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do DISTRITO FEDERAL com o Programa na definição de apoio técnico e financeiro a projetos na área de educação especial tais como: adaptações de prédios escolares; formação de professores da educação especial e para o atendimento educacional especializado; implantação de salas de recursos multifuncionais;

- c) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do DISTRITO FEDERAL com o Programa no processo de seleção de escolas do Programa Saúde na Escola - PSE;
 - d) desenvolver programa de formação para profissionais da educação voltado à inclusão educacional dos beneficiários do BPC de 0 a 18 anos de idade;
 - e) divulgar experiências de êxito da inclusão educacional dos beneficiários do BPC, de 0 a 18 anos de idade.
- II - O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS assumirá os seguintes compromissos em relação ao DISTRITO FEDERAL após o estabelecimento do compromisso do mesmo com a União sobre o Programa:
- a) implementar o recurso referente ao incentivo financeiro para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, no ano de 2008;
 - b) disponibilizar anualmente a relação das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, matriculadas e não matriculadas no sistema regular de ensino, à secretaria de assistência social, ou congênera, e ao sistema de ensino;
 - c) disponibilizar anualmente a relação das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, cujos benefícios tenham sido encerrados, à secretaria de assistência social, ou congênera, e ao sistema de ensino;
 - d) levar em consideração o estabelecimento de compromisso do DISTRITO FEDERAL com o Programa na seleção de projetos estratégicos de geração de renda, de segurança alimentar e nutricional, de promoção do trabalho e da convivência familiar e comunitária, destinados aos beneficiários do BPC participantes do Programa e suas respectivas famílias;
 - e) desenvolver programa de formação para profissionais da área de assistência social voltado à inclusão educacional dos beneficiários do BPC de 0 a 18 anos de idade;
 - f) divulgar experiências de êxito da inclusão educacional dos beneficiários do BPC, de 0 a 18 anos de idade.
- III - Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR assumirá os seguintes compromissos em relação ao DISTRITO FEDERAL após o estabelecimento do compromisso do mesmo com a União sobre o Programa:
- a) **manter banco de dados sobre as ações desenvolvidas pelo DISTRITO FEDERAL** para a inclusão das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC na escola, e proceder a análise das estatísticas dos dados do Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência, com vistas aos indicadores de cidadania deste mesmo segmento;
 - b) instituir mecanismos de apoio técnico e financeiro referente às ações de capacitação em temas de acessibilidade e desenvolver ações de acessibilidade nas escolas, para garantir o acesso e a permanência das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC no sistema de ensino.
- IV - O Ministério da Saúde - MS assumirá os seguintes compromissos em relação ao DISTRITO FEDERAL após o estabelecimento do compromisso do mesmo com a União sobre o Programa:
- a) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do DISTRITO FEDERAL com o Programa na seleção de projetos estratégicos para

- implantação de programas, ações e unidades de reabilitação que compõem as Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação;
- b) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do DISTRITO FEDERAL com o Programa na seleção de projetos estratégicos para construção de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, e para eliminação de barreiras arquitetônicas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS;
 - c) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do DISTRITO FEDERAL com o Programa na seleção de projetos estratégicos para capacitação de profissionais da atenção básica em saúde, com foco no acolhimento e execução de ações básicas de reabilitação às pessoas com deficiência alcançadas pelo Programa;
 - d) apoiar com material didático a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e equipes de saúde da família para acolhimento e execução de ações básicas de reabilitação às pessoas com deficiência alcançadas pelo Programa.
- V - Compromissos comuns aos órgãos do governo federal responsáveis pelo Programa:
- a) disciplinar e normatizar os procedimentos de gestão e de execução do Programa em articulação com órgãos signatários da Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007, coordenando e gerenciando a sua implementação, no âmbito federal, e promovendo a integração de ações entre a União e o DISTRITO FEDERAL;
 - b) desenvolver e disponibilizar ao DISTRITO FEDERAL instrumentos e sistemas visando o monitoramento das ações referentes ao Programa realizadas pelo DISTRITO FEDERAL referentes ao Programa;
 - c) instituir e manter banco de dados e informações referente às ações desenvolvidas pelo DISTRITO FEDERAL sobre o Programa, conforme previsto no inciso IV do Art. 1º da Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007;
 - d) disponibilizar os resultados de ações de monitoramento do Programa;
 - e) apoiar a capacitação dos agentes envolvidos na gestão e execução do Programa, compreendendo os gestores, técnicos, profissionais das áreas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde, entre outras, em articulação com o DISTRITO FEDERAL;
 - f) assegurar a capacitação da equipe técnica responsável pela aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - g) disponibilizar material didático para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - h) promover a articulação e a integração do Programa com programas complementares executados no âmbito federal, com foco no atendimento das famílias beneficiárias do BPC;
 - i) realizar estudos e pesquisas para subsidiar a tomada de decisões referentes ao redesenho do Programa e à formulação de políticas direcionadas aos beneficiários do BPC que estão no Programa.

CLÁUSULA QUARTA – DOS COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELO DISTRITO FEDERAL.

O DISTRITO FEDERAL compromete-se a:

- I - Gerir o Programa no âmbito do DISTRITO FEDERAL;
- II - Fazer articulação com o governo federal com vistas a viabilização dos objetivos do Programa no âmbito do DISTRITO FEDERAL;
- III - Proceder a aplicação anual do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
- IV - Enviar ao governo federal, por meio eletrônico, os dados e informação resultantes da aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
- V - Instituir equipe multiprofissional das áreas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde para o desenvolvimento das ações relacionadas ao Programa na esfera do DISTRITO FEDERAL, em consonância com o disposto na Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007;
- VI - Informar ao governo federal por meio eletrônico sobre as ações desenvolvidas pelo DISTRITO FEDERAL referentes ao Programa;
- VII - Ofertar serviços sócio-assistenciais pelos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS e, na ausência destes, pela secretaria do Distrito Federal de assistência social ou congêneres aos beneficiários do BPC e às suas respectivas famílias;
- VIII - Garantir a integralidade na atenção à saúde das pessoas com deficiência, com acolhimento e ações de reabilitação na Atenção Básica, acesso aos serviços de saúde e reabilitação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- IX - Garantir a matrícula dos beneficiários do BPC de 0 a 18 anos de idade, em classes comuns do ensino regular, com prioridade para as localizadas próximas da residência do aluno;
- X - Garantia da oferta do Atendimento Educacional Especializado.

CLÁUSULA QUINTA – DA DENÚNCIA OU DA RECISÃO

Este Termo poderá ser denunciado pelos partícipes e rescindido a qualquer tempo, mediante notificação por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando as partes responsáveis pelas obrigações assumidas durante o período de vigência.

CLÁUSULA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES

O presente Termo poderá ser alterado durante a sua vigência, de comum acordo entre os partícipes, mediante Termo Aditivo devidamente justificado, seguindo o mesmo procedimento previsto na Cláusula Quinta, sendo vedada a modificação do objeto.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PESSOAL

Em qualquer situação, os profissionais envolvidos na execução dos trabalhos decorrentes da vigência deste Termo permanecerão subordinados às entidades às quais estejam vinculados, não se estabelecendo qualquer tipo de relação empregatícia com o PARTÍCIPE a que estiverem prestando serviços.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

O extrato do presente termo será publicado pelos órgãos do governo federal responsáveis pelo Programa no Diário Oficial da União.

CLÁUSULA NONA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Justiça Federal do Distrito Federal como o competente para dirimir quaisquer dúvidas ou questões fundadas neste Termo, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

_____, ____ de _____ de _____.

FERNANDO HADDAD
Ministro de Estado da Educação

PATRUS ANANIAS DE SOUZA
Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

PAULO DE TARSO VANNUCHI
Secretário Especial dos Direitos Humanos

Sr.(a) _____
Governador(a) do Distrito Federal

TESTEMUNHAS:

NOME: _____
CPF: _____ RG: _____

NOME: _____
CPF: _____ RG: _____

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO DO MUNICÍPIO COM A UNIÃO ACERCA DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

O município de _____, do estado _____, inscrito no CNPJ/MF sob o nº _____, doravante denominado MUNICÍPIO, neste ato representado pelo (a) Prefeito (a) _____ brasileiro(a), RG nº _____, e CPF nº _____, ou por seu representante legalmente instituído, _____ brasileiro(a), RG nº _____, e CPF nº _____ e o Governo Federal, por intermédio do **Ministério da Educação**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 00.394.445/0003-65, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco L, 8º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. Fernando Haddad, brasileiro, RG nº 119.752.35 - SSP/SP e CPF nº 052.331.178-86, do **Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 05.526.783/0001-65, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco C, 5º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. Patrus Ananias, brasileiro, RG nº 889.329 - SSP/MG e CPF nº 174.864.406-87, da **Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.478.625/001-87, situado na Esplanada dos Ministérios – Bloco T, 4º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. Paulo de Tarso Vannuchi, brasileiro, RG nº 4.317.816 SSP-SP, e CPF nº 872.345.138-68; e do **Ministério da Saúde** inscrito no CNPJ/MF sob o nº 00394544/0027-87 situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G , 5º andar, em Brasília, DF, representado neste ato pelo Ministro de Estado, Sr. José Gomes Temporão, brasileiro, RG nº 2571943 IFP/RJ e CPF nº 487.471.497-87; e,

Considerando que os municípios são entes autônomos, de acordo com o art. 18, *caput*, da Constituição Federal;

Considerando que a realização dos objetivos da República Federativa do Brasil de erradicar a pobreza e a marginalização, assim como de reduzir as desigualdades sociais e regionais, previstos no art. 3º, III, da Constituição Federal, depende do compartilhamento de responsabilidades, da cooperação e da coordenação de ações entre a União e os demais entes federados, inclusive o município;

Considerando que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família, e que o ensino será ministrado com base no princípio da igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, de acordo com o Art. 205 da Constituição Federal;

Considerando que é competência comum da União e dos demais entes federados cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas com deficiência, de acordo com o Art. 23, inciso II, da Constituição Federal;

Considerando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a

renda, a educação o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, conforme Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que as pessoas com deficiência gozam dos Direitos Humanos em igualdade de condições com as demais pessoas, de acordo com a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989;

Considerando que o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC é um direito constitucional e uma modalidade de provisão de proteção social viabilizada pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS e que constitui uma garantia de renda às pessoas com deficiência, em qualquer idade, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família, de acordo com a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

Considerando que as crianças, adolescentes e jovens com deficiência beneficiárias do BPC encontram-se fora da escola, quando o objetivo do benefício é melhorar a qualidade de vida e promover os direitos de cidadania;

Considerando que é preciso haver equiparação de condições para que as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC possam acessar as políticas públicas e fortalecer a sua autonomia e independência;

Considerando que é necessária a articulação entre as políticas de educação, de assistência social, de direitos humanos e de saúde por intermédio de ações intersetoriais que promovam o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, visando a consolidação do direito de todos à educação; e,

Considerando ainda que o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC, instituído pela Portaria Normativa Interministerial n.º 18, de 24 de abril de 2007, tem por objetivo promover a elevação da qualidade de vida e dignidade das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, prioritariamente de 0 a 18 anos de idade, garantindo-lhes o acesso e permanência na escola, por meio da articulação intersetorial, envolvendo as políticas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde, favorecendo o pleno desenvolvimento dos beneficiários; e,

RESOLVEM firmar o presente TERMO DE COMPROMISSO que será regido pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

Os compromissos do MUNICÍPIO com a União, por meio dos órgãos federais signatários, para o desenvolvimento de ações e adoção de medidas referentes ao **Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC**, doravante Programa, no âmbito de seu território e de sua competência, bem como os compromissos de apoio técnico e financeiro da União.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS REQUISITOS

O MUNICÍPIO ao firmar o presente Termo de Compromisso, atesta o cumprimento das seguintes ações:

- I - a existência formal do Grupo Gestor Local do Programa;
- II - a designação do Coordenador do Grupo Gestor Local do Programa, o qual deverá responder:
 - a) pela gestão e coordenação do Programa no MUNICÍPIO;
 - b) pela articulação com os governos federal;
 - c) pelo envio ao governo federal, por meio eletrônico, dos dados resultantes da aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - d) pelo registro e envio ao governo federal, por meio eletrônico, das informações sobre as ações desenvolvidas pelo município referentes ao Programa,;
- III - a designação do Coordenador da Equipe Técnica para aplicação anual do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, a qual deverá:
 - a) participar da capacitação específica para a aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - b) conhecer as normas, o material informativo e orientar os demais participantes da equipe técnica para a aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - c) aplicar o **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - d) encaminhar ao coordenador do Grupo Gestor Local a relação dos beneficiários do BPC que não foram localizados para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, com as devidas justificativas;
 - e) encaminhar ao coordenador do Grupo Gestor Local o resultado conclusivo da aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC** com estes devidamente preenchidos;

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS COMPROMISSOS DOS ÓRGÃOS DO GOVERNO FEDERAL

- I - O Ministério da Educação - MEC assumirá os seguintes compromissos em relação ao MUNICÍPIO que tenha estabelecido compromisso com a União para a implementação do Programa:
 - a) disponibilização dos dados do Censo Escolar MEC/INEP;
 - b) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do MUNICÍPIO com o Programa na definição de apoio técnico e financeiro a projetos na área de

- educação especial tais como: adaptações de prédios escolares; formação de professores da educação especial e para o atendimento educacional especializado; implantação de salas de recursos multifuncionais;
- c) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do MUNICÍPIO com o Programa no processo de seleção de escolas do Programa Saúde na Escola - PSE;
 - d) desenvolver programa de formação para profissionais da educação voltado à inclusão educacional dos beneficiários do BPC de 0 a 18 anos de idade;
 - e) divulgar experiências de êxito de inclusão educacional dos beneficiários do BPC de 0 a 18 anos de idade;
- II - O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS assumirá os seguintes compromissos em relação ao MUNICÍPIO que tenha estabelecido compromisso com a União para a implementação do Programa:
- a) implementar o recurso referente ao incentivo financeiro para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**, para o ano de 2008;
 - b) disponibilizar anualmente a relação das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, matriculadas e não matriculadas no sistema regular de ensino, à secretaria municipal de assistência social, ou congênere, e ao sistema de ensino;
 - c) disponibilizar anualmente a relação das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, cujos benefícios tenham sido encerrados, à secretaria municipal de assistência social, ou congênere, e ao sistema de ensino;
 - d) levar em consideração o estabelecimento de compromisso do MUNICÍPIO com o Programa na seleção de projetos estratégicos de geração de renda, de segurança alimentar e nutricional, de promoção do trabalho e da convivência familiar e comunitária, destinados aos beneficiários do BPC participantes do Programa e suas respectivas famílias;
 - e) desenvolver programa de formação para profissionais da área de assistência social voltado à inclusão educacional dos beneficiários do BPC de 0 a 18 anos de idade;
 - f) divulgar experiências de êxito da inclusão educacional dos beneficiários do BPC, de 0 a 18 anos de idade.
- III - A Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR assumirá os seguintes compromissos em relação ao MUNICÍPIO que tenha estabelecido compromisso com a União para a implementação do Programa:
- a) **manter banco de dados sobre as ações desenvolvidas pelos MUNICÍPIO para a inclusão das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC na escola**, e proceder a análise das estatísticas dos dados do Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência, com vistas aos indicadores de cidadania deste mesmo segmento;
 - b) instituir mecanismos de apoio técnico e financeiro referente às ações de capacitação em temas de acessibilidade e desenvolver ações de acessibilidade nas escolas, para garantir o acesso e a permanência das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC no sistema de ensino.

- IV - O Ministério da Saúde - MS assumirá os seguintes compromissos em relação ao MUNICÍPIO que tenha estabelecido compromisso com a União para a implementação do Programa:
- a) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do MUNICÍPIO com o Programa na seleção de projetos estratégicos para implantação de programas, ações e unidades de reabilitação que compõem as Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação;
 - b) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do MUNICÍPIO com o Programa na seleção de projetos estratégicos para construção de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, e para eliminação de barreiras arquitetônicas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS;
 - c) levar em consideração o estabelecimento do compromisso do MUNICÍPIO com o Programa na seleção de projetos estratégicos para capacitação de profissionais da atenção básica de saúde, com foco no acolhimento e execução de ações básicas de reabilitação às pessoas com deficiência alcançadas pelo Programa;
 - d) apoiar com material didático a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e equipes de Saúde da Família para acolhimento e execução de ações básicas de reabilitação à pessoa com deficiência alcançadas pelo Programa.
- V - Compromissos comuns aos órgãos do governo federal responsáveis pelo Programa:
- a) disciplinar e normatizar os procedimentos de gestão e de execução do Programa em articulação com órgãos signatários da Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007, coordenando e gerenciando a sua implementação, no âmbito federal, e promovendo a integração de ações entre a União e o MUNICÍPIO;
 - b) desenvolver e disponibilizar ao MUNICÍPIO instrumentos e sistemas visando o monitoramento das ações realizadas pelo MUNICÍPIO referente ao Programa;
 - c) instituir e manter banco de dados e informações referente às ações desenvolvidas pelo MUNICÍPIO sobre o Programa, conforme previsto no inciso IV do art. 1º da Portaria Normativa Interministerial nº 18/2007;
 - d) disponibilizar os resultados de ações de monitoramento do Programa e de seus instrumentos operacionais;
 - e) apoiar a capacitação dos agentes envolvidos na gestão e execução do Programa, compreendendo os gestores, técnicos, profissionais das áreas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde, entre outras, em articulação com o MUNICÍPIO;
 - f) assegurar a capacitação da equipe técnica responsável pela aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC**;
 - g) disponibilizar material didático para a capacitação da equipe técnica para aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência dos beneficiários do BPC na escola**;
 - h) promover a articulação e a integração do Programa com programas complementares executados no âmbito federal, com foco no atendimento das famílias beneficiárias do BPC;
 - i) realizar estudos e pesquisas para subsidiar a tomada de decisões referente ao redesenho do Programa e à formulação de políticas direcionadas aos beneficiários do BPC que estão no Programa.

CLÁUSULA QUARTA – DOS COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELOS MUNICÍPIOS.

O MUNICÍPIO compromete-se a:

- I - Gerir o Programa no âmbito municipal;
- II - Fazer articulação com os governos federal com vistas a viabilização dos objetivos do Programa no âmbito do município;
- III - Proceder a aplicação anual do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC;**
- IV - Enviar, por meio eletrônico, os dados e informação resultantes da aplicação do **Questionário para identificação das barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC;**
- V - Instituir equipe multiprofissional das áreas de educação, assistência social, direitos humanos e saúde para o desenvolvimento das ações relacionadas ao Programa na esfera do MUNICÍPIO, em consonância com o disposto na Portaria Interministerial nº 18/2007;
- VI - Informar ao governo federal por meio eletrônico sobre as ações desenvolvidas pelo MUNICÍPIO referentes ao Programa;
- VII - Ofertar serviços sócio-assistenciais pelos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS e, na ausência destes, pela secretaria municipal de assistência social ou congêneres aos beneficiários do BPC e às suas respectivas famílias;
- VIII - Garantir a integralidade na atenção à saúde das pessoas com deficiência, com acolhimento e ações de reabilitação na Atenção Básica, acesso aos serviços de saúde e reabilitação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- IX - Garantir a matrícula dos beneficiários do BPC, preferencialmente de 0 a 18 anos de idade, em classes comuns do ensino regular, com prioridade para as localizadas próximas da residência do aluno;
- X - Garantia da oferta do Atendimento Educacional Especializado;

CLÁUSULA QUINTA – DA DENÚNCIA OU DA RECISÃO

Este Termo poderá ser denunciado pelos partícipes e rescindido a qualquer tempo, mediante notificação por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando as partes responsáveis pelas obrigações assumidas durante o período de vigência.

CLÁUSULA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES

O presente Termo poderá ser alterado durante a sua vigência, de comum acordo entre os partícipes, mediante Termo Aditivo devidamente justificado, seguindo o mesmo procedimento previsto na Cláusula Quinta, sendo vedada a modificação do objeto.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PESSOAL

Em qualquer situação, os profissionais envolvidos na execução dos trabalhos decorrentes da vigência deste Termo permanecerão subordinados às entidades às quais estejam vinculados, não se estabelecendo qualquer tipo de relação empregatícia com o PARTÍCIPE a que estiverem prestando serviços.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

O extrato do presente termo será publicado pelos órgãos do governo federal responsáveis pelo Programa no Diário Oficial da União.

CLÁUSULA NONA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Justiça Federal do Distrito Federal como o competente para dirimir quaisquer dúvidas ou questões fundadas neste Termo, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

_____, ____ de _____ de _____.

FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Educação

PATRUS ANANIAS DE SOUZA

Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado da Saúde

PAULO DE TARSO VANNUCHI

Secretário Especial dos Direitos Humanos

Sr.(a) _____

Prefeito(a) do Município de _____

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA O ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

A - INFORMAÇÕES GERAIS

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE BENEFICIÁRIO		
1- Nome Completo (<i>questão aberta</i>)		
2- Data de nascimento (numérico - xx/xx/xxxx) / / _____	3- Sexo () masculino () feminino	
4- Estado civil (<i>marcar somente uma</i>) () solteiro () casado () separado / desquitado () viúvo		
5- Nº Benefício BPC (numérico – 10 dígitos) 87/	6- NIS (numérico – xx dígitos)	7- Nº. do Cartão SUS (numérico – xx dígitos)
8- ¹ CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	9- RG (<i>numérico – 9 dígitos</i>) UF: Emissor:	
10- Certidão de Nascimento Nº livro: Nº folha:		
11- UF em que nasceu (<i>questão aberta</i>)	12- Município em que nasceu (<i>questão aberta</i>)	
13- Nome completo da mãe (<i>questão aberta</i>)		

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO ²		
14- Nome Completo (<i>questão aberta</i>)		
15- Vínculo familiar com o beneficiário (<i>marcar somente uma</i>) () representante legal (tutor, curador) () procurador - não membro da família () pai ou mãe () avó ou avó () irmão ou irmã () outro		
16- Data de nascimento (numérico - xx/xx/xxxx) / / _____	17- Sexo () masculino () feminino	
18- ³ CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	19- RG (<i>numérico – 9 dígitos</i>) UF: Emissor:	
20- Certidão de Nascimento		

¹ É obrigatório o preenchimento de ao menos uma destas informações (CPF, RG ou Certidão de Nascimento).

² Este campo deverá ser preenchido pelo representante legal (tutor, procurador ou curador) nas situações em que o beneficiário possua idade inferior a 12 anos completos ou sua incapacidade o impeça de informar com precisão todos os campos deste questionário.

³ É obrigatório o preenchimento de ao menos uma destas informações (CPF, RG ou Certidão de Nascimento).

Nº livro:		Nº folha:	
21- UF em que nasceu (<i>questão aberta</i>)	22- Município em que nasceu (<i>questão aberta</i>)		

ENDEREÇO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE BENEFICIÁRIO			
23- Endereço (<i>questão aberta</i>)			
24- Número (<i>questão aberta</i>)		25- Complemento (<i>questão aberta</i>)	
26- Ponto de Referência (<i>questão aberta</i>)			
27- Bairro (<i>questão aberta</i>)			28- UF
29- Município		30- CEP (<i>numérico – 8 dígitos</i>)	
31- Telefone de contato: (<i>numérico - DDD + 8 dígitos</i>)			

B – CONVIVÊNCIA FAMILIAR E DADOS DA FAMÍLIA BPC⁴

1- O beneficiário vive sob o mesmo teto com algum membro da família-BPC? ⁵
() sim () não (<i>se não, pular para a sessão C</i>)

2- Membro da família (que vive sob o mesmo teto) - dados	
a. Nome completo (<i>questão aberta</i>)	
b. CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	c. Data de nascimento (<i>numérico - xx/xx/xxxx</i>) / / _____
d. Grau de parentesco do membro da família em relação ao beneficiário (<i>marcar somente uma</i>) () cônjuge/companheiro/companheira () filho(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido () pai () mãe () irmão(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido	
e. Grau de instrução (<i>marcar somente uma</i>) () Nunca estudou. () Pré-Escolar () Ensino Fundamental – 1ª a 9ª série () Ensino Médio – 2º Grau	

⁴ A definição de família do BPC difere da utilizada pelo IBGE e conforme alteração instituída pela Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998 no § 1º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, compreende, c/c Inciso V do Art. 4º do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007: “conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido”. Para fins do disposto no inciso V, o enteado e o menor tutelado equiparam-se a filho mediante comprovação de dependência econômica e desde que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação. Neste questionário somente estes componentes devem responder a este campo.

⁵ O preenchimento dos dados sobre os componentes familiares só deve ocorrer quando o beneficiário residir sob o mesmo teto com outros membros a família-BPC.

<input type="checkbox"/> Ensino Superior	
f. Frequenta atualmente a escola? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
g. Situação ocupacional atual – a predominante (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregador <input type="checkbox"/> trabalhador por conta própria <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> rural – trabalhador na produção para próprio consumo	
h. Renda (tipo de rendimento) (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Recebe aposentadoria ou pensão de instituição previdenciária pública <input type="checkbox"/> Recebe seguro desemprego <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentar <input type="checkbox"/> Retira dinheiro de caderneta de poupança ou de qualquer outra aplicação <input type="checkbox"/> Recebe aluguel de cômodos <input type="checkbox"/> Vende imóveis ou outros bens duráveis	
i. Recebe recursos de transferência de renda do governo (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Bolsa-família <input type="checkbox"/> Bolsa-alimentação <input type="checkbox"/> Cartão alimentação <input type="checkbox"/> Bolsa escola <input type="checkbox"/> Vale gás <input type="checkbox"/> BPC idoso <input type="checkbox"/> BPC pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Agente jovem <input type="checkbox"/> Benefício recebido de igreja <input type="checkbox"/> Auxílio reabilitação psico-social (Programa de volta para casa –saúde mental) <input type="checkbox"/> outro	

3- Membro da família (que vive sob o mesmo teto) - dados	
a. Nome completo (<i>questão aberta</i>)	
b. CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	c. Data de nascimento (numérico - xx/xx/xxxx) / / _____
d. Grau de parentesco do membro da família em relação ao beneficiário (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> cônjuge/companheiro/companheira <input type="checkbox"/> filho(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmão(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido	
e. Grau de instrução (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> Nunca estudou. <input type="checkbox"/> Pré-Escolar <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1ª a 9ª série <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 2º Grau <input type="checkbox"/> Ensino Superior	

<p>f. Frequenta atualmente a escola? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>g. Situação ocupacional atual – a predominante (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregador <input type="checkbox"/> trabalhador por conta própria <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> rural – trabalhador na produção para próprio consumo</p>
<p>h. Renda (tipo de rendimento) (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Recebe aposentadoria ou pensão de instituição previdenciária pública <input type="checkbox"/> Recebe seguro desemprego <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentar <input type="checkbox"/> Retira dinheiro de caderneta de poupança ou de qualquer outra aplicação <input type="checkbox"/> Recebe aluguel de cômodos <input type="checkbox"/> Vende imóveis ou outros bens duráveis</p>
<p>i. Recebe recursos de transferência de renda do governo (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Bolsa-família <input type="checkbox"/> Bolsa-alimentação <input type="checkbox"/> Cartão alimentação <input type="checkbox"/> Bolsa escola <input type="checkbox"/> Vale gás <input type="checkbox"/> BPC idoso <input type="checkbox"/> BPC pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Agente jovem <input type="checkbox"/> Benefício recebido de igreja <input type="checkbox"/> Auxílio reabilitação psico-social (Programa de volta para casa –saúde mental) <input type="checkbox"/> outro</p>

4- Membro da família (que vive sob o mesmo teto) - dados	
a. Nome completo (<i>questão aberta</i>)	
b. CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	c. Data de nascimento (numérico - xx/xx/xxxx) / / _____
d. Grau de parentesco do membro da família em relação ao beneficiário (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> cônjuge/companheiro/companheira <input type="checkbox"/> filho(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmão(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido	
e. Grau de instrução (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> Nunca estudou. <input type="checkbox"/> Pré-Escolar <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1ª a 9ª série <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 2º Grau <input type="checkbox"/> Ensino Superior	
f. Frequenta atualmente a escola?	

<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
g. Situação ocupacional atual – a predominante (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregador <input type="checkbox"/> trabalhador por conta própria <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> rural – trabalhador na produção para próprio consumo	
h. Renda (tipo de rendimento) (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Recebe aposentadoria ou pensão de instituição previdenciária pública <input type="checkbox"/> Recebe seguro desemprego <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentar <input type="checkbox"/> Retira dinheiro de caderneta de poupança ou de qualquer outra aplicação <input type="checkbox"/> Recebe aluguel de cômodos <input type="checkbox"/> Vende imóveis ou outros bens duráveis	
i. Recebe recursos de transferência de renda do governo (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Bolsa-família <input type="checkbox"/> Bolsa-alimentação <input type="checkbox"/> Cartão alimentação <input type="checkbox"/> Bolsa escola <input type="checkbox"/> Vale gás <input type="checkbox"/> BPC idoso <input type="checkbox"/> BPC pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Agente jovem <input type="checkbox"/> Benefício recebido de igreja <input type="checkbox"/> Auxílio reabilitação psico-social (Programa de volta para casa –saúde mental) <input type="checkbox"/> outro	

5- Membro da família (que vive sob o mesmo teto) - dados	
a. Nome completo (<i>questão aberta</i>)	
b. CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	c. Data de nascimento (numérico - xx/xx/xxxx) / / _____
d. Grau de parentesco do membro da família em relação ao beneficiário (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> cônjuge/companheiro/companheira <input type="checkbox"/> filho(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmão(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido	
e. Grau de instrução (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> Nunca estudou. <input type="checkbox"/> Pré-Escolar <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1ª a 9ª série <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 2º Grau <input type="checkbox"/> Ensino Superior	
f. Frequenta atualmente a escola? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

<p>g. Situação ocupacional atual – a predominante (<i>marcar somente uma</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor privado</p> <p><input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor privado</p> <p><input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor público</p> <p><input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor público</p> <p><input type="checkbox"/> empregador</p> <p><input type="checkbox"/> trabalhador por conta própria</p> <p><input type="checkbox"/> desempregado</p> <p><input type="checkbox"/> rural – trabalhador na produção para próprio consumo</p>	
<p>h. Renda (tipo de rendimento) (<i>múltipla escolha</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Recebe aposentadoria ou pensão de instituição previdenciária pública</p> <p><input type="checkbox"/> Recebe seguro desemprego</p> <p><input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentar</p> <p><input type="checkbox"/> Retira dinheiro de caderneta de poupança ou de qualquer outra aplicação</p> <p><input type="checkbox"/> Recebe aluguel de cômodos</p> <p><input type="checkbox"/> Vende imóveis ou outros bens duráveis</p>	
<p>i. Recebe recursos de transferência de renda do governo (<i>múltipla escolha</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa-família</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa-alimentação</p> <p><input type="checkbox"/> Cartão alimentação</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa escola</p> <p><input type="checkbox"/> Vale gás</p> <p><input type="checkbox"/> BPC idoso</p> <p><input type="checkbox"/> BPC pessoa com deficiência</p> <p><input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia</p> <p><input type="checkbox"/> PETI</p> <p><input type="checkbox"/> Agente jovem</p> <p><input type="checkbox"/> Benefício recebido de igreja</p> <p><input type="checkbox"/> Auxílio reabilitação psico-social (Programa de volta para casa –saúde mental)</p> <p><input type="checkbox"/> outro</p>	

6- Membro da família (que vive sob o mesmo teto) - dados	
a. Nome completo (<i>questão aberta</i>)	
b. CPF (<i>numérico – 11 dígitos</i>)	c. Data de nascimento (numérico - xx/xx/xxxx) / / _____
<p>d. Grau de parentesco do membro da família em relação ao beneficiário (<i>marcar somente uma</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> cônjuge/companheiro/companheira</p> <p><input type="checkbox"/> filho(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido</p> <p><input type="checkbox"/> pai</p> <p><input type="checkbox"/> mãe</p> <p><input type="checkbox"/> irmão(a) não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido</p>	
<p>e. Grau de instrução (<i>marcar somente uma</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca estudou.</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-Escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1ª a 9ª série</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Médio – 2º Grau</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Superior</p>	
<p>f. Frequenta atualmente a escola?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>	
g. Situação ocupacional atual – a predominante (<i>marcar somente uma</i>)	

<input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor privado <input type="checkbox"/> empregado com carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregado sem carteira no setor público <input type="checkbox"/> empregador <input type="checkbox"/> trabalhador por conta própria <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> rural – trabalhador na produção para próprio consumo
h. Renda (tipo de rendimento) (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Recebe aposentadoria ou pensão de instituição previdenciária pública <input type="checkbox"/> Recebe seguro desemprego <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentar <input type="checkbox"/> Retira dinheiro de caderneta de poupança ou de qualquer outra aplicação <input type="checkbox"/> Recebe aluguel de cômodos <input type="checkbox"/> Vende imóveis ou outros bens duráveis
i. Recebe recursos de transferência de renda do governo (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> Bolsa-família <input type="checkbox"/> Bolsa-alimentação <input type="checkbox"/> Cartão alimentação <input type="checkbox"/> Bolsa escola <input type="checkbox"/> Vale gás <input type="checkbox"/> BPC idoso <input type="checkbox"/> BPC pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Agente jovem <input type="checkbox"/> Benefício recebido de igreja <input type="checkbox"/> Auxílio reabilitação psico-social (Programa de volta para casa –saúde mental) <input type="checkbox"/> outro

C – ACESSO À ESCOLA

1- Acesso à Escola. <input type="checkbox"/> Frequenta Escola atualmente (responder as questões de 2 a 27) <input type="checkbox"/> Já frequentou Escola, e não frequenta atualmente (responder as questões de 28 a 53) <input type="checkbox"/> Nunca Frequentou Escola (responder a questão de 54 a 58)
SE FREQUENTA ATUALMENTE: 2- A escola que frequenta é: <input type="checkbox"/> municipal <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> estadual <input type="checkbox"/> filantrópica <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> do Distrito Federal Nome da Escola: -----
3- Marque o tipo de classe e Escola. A - <input type="checkbox"/> Escola Comum de Ensino Regular <input type="checkbox"/> classe comum <input type="checkbox"/> classe especial B - <input type="checkbox"/> Escola Especial
4- Se frequenta classe comum do ensino regular: <input type="checkbox"/> Com Atendimento Educacional Especializado complementar <input type="checkbox"/> Sem Atendimento Educacional Especializado complementar
5- Onde frequenta Atendimento Educacional Especializado? <input type="checkbox"/> Na mesma Escola <input type="checkbox"/> Em outra Escola comum do ensino regular

<input type="checkbox"/> Em outra Escola, especial pública <input type="checkbox"/> Em outra Escola, especial filantrópica <input type="checkbox"/> Em Centro Especializado
6- Qual a série/ciclo (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> Educação Infantil/Creche <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 1º ano <input type="checkbox"/> Educação Infantil / Pré-Escola <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 2º ano <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1ª <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 3º ano <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 2ª <input type="checkbox"/> EJA <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 3ª <input type="checkbox"/> Educação Profissional <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 4ª <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 5ª <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 6ª <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 7ª <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 8ª <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 9ª
7- Já enfrentou na escola situações de constrangimento, preconceito ou discriminação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8- De quem? <input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Direção da Escola <input type="checkbox"/> Alunos <input type="checkbox"/> Pais de alunos <input type="checkbox"/> Funcionários da escola <input type="checkbox"/> outros. Quem ?.....
9- Já enfrentou situações de agressão ou violência na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10- De que tipo?.....
11- De Quem? <input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Direção da Escola <input type="checkbox"/> alunos <input type="checkbox"/> pais de alunos <input type="checkbox"/> funcionários da escola <input type="checkbox"/> Outros. Quem ?.....
12- Se for do sexo feminino, teve ocorrência de gravidez na adolescência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13- Encontra algum obstáculo ou barreira no caminho de casa até a escola que frequenta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14- Onde se encontram barreiras de acessibilidade no caminho de casa até a escola que frequenta? <input type="checkbox"/> ruas <input type="checkbox"/> calçadas <input type="checkbox"/> transporte <input type="checkbox"/> sinalização
15- Esses obstáculos ou barreiras poderiam ser superados com: <input type="checkbox"/> rampa <input type="checkbox"/> pavimentação da rua <input type="checkbox"/> pavimentação da calçada <input type="checkbox"/> semáforo sonoro <input type="checkbox"/> outros, Quais:.....
16- Utiliza transporte escolar? A - <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> acessível <input type="checkbox"/> não acessível <input type="checkbox"/> da Prefeitura ou Estado <input type="checkbox"/> de entidade filantrópica B - <input type="checkbox"/> Não
17- Utiliza serviços públicos de transporte? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
18- Esse serviço público de transporte é gratuito? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
19- A gratuidade do serviço público de transporte é estendida ao acompanhante? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
20- O serviço público de transporte é acessível? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
21- Utiliza outro transporte fornecido por entidade ou órgão público para acessar serviços públicos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
22- Na escola existe um cuidador ou monitor que presta apoio às atividades da vida diária

<p>(administração de medicamentos, alimentação, higiene, atividades fisiológicas)?</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Alguém da família faz esse acompanhamento</p> <p><input type="checkbox"/> Não possui nenhum tipo de acompanhamento</p>
<p>23- Se necessita de auxílio na comunicação dentro da escola, você conta com:</p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de Libras <input type="checkbox"/> guia-intérprete para surdocegos</p> <p><input type="checkbox"/> professor ou atendente para a comunicação alternativa</p> <p><input type="checkbox"/> professor com conhecimento do sistema Braille</p> <p><input type="checkbox"/> não conta com nenhum serviço</p>
<p>24- Na escola, conta com produtos que necessita, tais como: alimentação especial, fraldas ou equipamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se afirmativo, diga quais:.....</p>
<p>25- Se necessita de mobiliários adaptados, sua escola os possui?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>26- Tem acesso a materiais didáticos acessíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se negativo, quais os que estaria necessitando?.....</p>
<p>27- Tem acesso a recursos de acessibilidade na comunicação dos quais necessita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>De que tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> em Libras</p> <p><input type="checkbox"/> em Braille</p> <p><input type="checkbox"/> Caracteres ampliados</p> <p><input type="checkbox"/> recursos de informática</p> <p><input type="checkbox"/> de comunicação alternativa</p> <p>Se negativo, quais os que estaria necessitando?.....</p>

<p>SE JÁ FREQUENTOU, E NÃO FREQUENTA ATUALMENTE:</p> <p>28- Qual escola frequentou?</p> <p><input type="checkbox"/> municipal <input type="checkbox"/> particular</p> <p><input type="checkbox"/> estadual <input type="checkbox"/> filantrópica</p> <p><input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> do Distrito Federal</p> <p>Nome da Escola: -----</p>
<p>29- Marque o tipo de classe e Escola.</p> <p>A - <input type="checkbox"/> Escola Comum de Ensino Regular</p> <p><input type="checkbox"/> classe comum</p> <p><input type="checkbox"/> classe especial</p> <p>B - <input type="checkbox"/> Escola Especial</p>
<p>30- Se frequentou classe comum do ensino regular:</p> <p><input type="checkbox"/> Com Atendimento Educacional Especializado complementar</p> <p><input type="checkbox"/> Sem Atendimento Educacional Especializado complementar</p>
<p>31- Onde frequentou Atendimento Educacional Especializado?</p> <p><input type="checkbox"/> Na mesma Escola</p> <p><input type="checkbox"/> Em outra Escola comum do ensino regular</p> <p><input type="checkbox"/> Em outra Escola, especial pública</p> <p><input type="checkbox"/> Em outra Escola, especial filantrópica</p> <p><input type="checkbox"/> Em Centro Especializado</p>

32- Qual a série/ciclo (<i>marcar somente uma</i>)	<input type="checkbox"/> Educação Infantil/Creche <input type="checkbox"/> Educação Infantil / Pré-Escola <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 2 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 3 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 4 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 5 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 6 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 7 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 8 ^a <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - 9 ^a	<input type="checkbox"/> Ensino Médio – 1º ano <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 2º ano <input type="checkbox"/> Ensino Médio – 3º ano <input type="checkbox"/> EJA <input type="checkbox"/> Educação Profissional <input type="checkbox"/> Ensino Superior
33- Já enfrentou na escola situações de constrangimento, preconceito ou discriminação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
34- De quem?	<input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Direção da Escola <input type="checkbox"/> alunos <input type="checkbox"/> pais de alunos <input type="checkbox"/> funcionários da escola <input type="checkbox"/> outros. Quem ?.....	
35- Já enfrentou situações de agressão ou violência na escola?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
De que tipo?		
36- De quem?	<input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Direção da Escola <input type="checkbox"/> alunos <input type="checkbox"/> pais de alunos <input type="checkbox"/> funcionários da escola <input type="checkbox"/> Outros. Quem ?.....	
37- Se for do sexo feminino, teve ocorrência de gravidez na adolescência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
38- Encontrava algum obstáculo no caminho de casa até a escola que freqüentou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
39- Onde se encontravam as barreiras de acessibilidade no caminho de casa até a escola que freqüentou?	<input type="checkbox"/> ruas <input type="checkbox"/> calçadas <input type="checkbox"/> transporte <input type="checkbox"/> sinalização	
40- Essas barreiras ou obstáculos poderiam ser superadas com:	<input type="checkbox"/> rampa <input type="checkbox"/> pavimentação da rua <input type="checkbox"/> pavimentação da calçada <input type="checkbox"/> semáforo sonoro <input type="checkbox"/> outros, quais:.....	
41- Utilizava transporte escolar?	A - <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> acessível <input type="checkbox"/> não acessível <input type="checkbox"/> da Prefeitura ou Estado <input type="checkbox"/> de entidade filantrópica B - <input type="checkbox"/> Não	
42- Utiliza serviços públicos de transporte?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
43- Esse serviço público de transporte é gratuito?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
44- A gratuidade do serviço público de transporte é estendida ao acompanhante?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
45- O serviço público de transporte é acessível?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
46- Utiliza outro transporte fornecido por entidade ou órgão público para acessar serviços públicos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
47- Na Escola existe um cuidador ou monitor que presta apoio às atividades da vida diária(administração de medicamentos, alimentação, higiene, atividades fisiológicas)	A- <input type="checkbox"/> Sim B- <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alguém da família faz este acompanhamento	

() Não possui nenhum tipo de acompanhamento
48- Se necessitava de auxílio na comunicação dentro da escola, você podia contar com: <input type="checkbox"/> intérprete de Libras <input type="checkbox"/> guia-intérprete para surdocego <input type="checkbox"/> professor ou atendente para a comunicação alternativa <input type="checkbox"/> professor com conhecimentos do Sistema Braille <input type="checkbox"/> não conta com nenhum serviço
49- Na escola, contava com produtos que necessitava tais como: alimentação especial, fraldas ou equipamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se afirmativo, diga quais:.....
50- Se necessitava de mobiliários adaptados, sua escola os possuía? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
51- Tinha acesso a materiais didáticos acessíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
52- Em caso afirmativo, de que tipo: <input type="checkbox"/> em Libras <input type="checkbox"/> em Braille <input type="checkbox"/> em Caracteres ampliados <input type="checkbox"/> recursos de informática <input type="checkbox"/> recursos de comunicação alternativa
53- Em caso negativo, quais os que necessitava?
SE NUNCA FREQUÊNTOU:
54- A família entende que: <input type="checkbox"/> deve frequentar a escola (<i>pular para a questão 56</i>) <input type="checkbox"/> não deve frequentar a escola
55- A família entende que não deve frequentar porque: <input type="checkbox"/> considera que não tem condições de aprender <input type="checkbox"/> teme que seja discriminado <input type="checkbox"/> teme que sofra violência <input type="checkbox"/> não tem como levá-lo até a escola <input type="checkbox"/> não tem quem o acompanhe na escola <input type="checkbox"/> necessita de insumos e recursos que não tem condições de prover e a escola não ofertou
56- A Escola criou as condições para que frequentasse: <input type="checkbox"/> sim (<i>pular para a questão 58</i>) <input type="checkbox"/> não
57- A Escola não criou as condições para que frequentasse: <input type="checkbox"/> pois não aceitou a matrícula <input type="checkbox"/> disse não estar preparada para recebê-lo <input type="checkbox"/> o professor não o aceitou na turma <input type="checkbox"/> não possuía acessibilidade física e nas comunicações <input type="checkbox"/> não possuía monitor ou cuidador para auxiliar nas atividades da vida diária <input type="checkbox"/> não possuía mobiliário adaptado <input type="checkbox"/> não dispunha de materiais didáticos e pedagógicos acessíveis <input type="checkbox"/> não havia Atendimento Educacional Especializado
58- Outros motivos: <input type="checkbox"/> não havia transporte escolar <input type="checkbox"/> o transporte escolar não era acessível

- | |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> o transporte público não era gratuito</p> <p><input type="checkbox"/> não há gratuidade de transporte público para acompanhante</p> <p><input type="checkbox"/> o transporte público não é acessível</p> |
|--|

D - TRABALHO

- | |
|---|
| 1- O beneficiário necessita de qualificação profissional para inserção no mercado de trabalho?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 2- O beneficiário está em processo de aprendizagem ocupacional não remunerado?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |

E - MORADIA E AMBIENTE

- | |
|--|
| 1- Área
<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana |
| 2- Tipo de comunidade ou situação (<i>marcar somente uma</i>)
<input type="checkbox"/> Comunidade Quilombola
<input type="checkbox"/> Comunidade Indígena
<input type="checkbox"/> Grupo social nômade
<input type="checkbox"/> Situação de rua
<input type="checkbox"/> assentamento |
| 3- Espécie deste domicílio (<i>marcar somente uma</i>)
<input type="checkbox"/> Próprio - já pago
<input type="checkbox"/> Próprio - ainda pagando
<input type="checkbox"/> Alugado
<input type="checkbox"/> Cedido por empregador
<input type="checkbox"/> Cedido de outra forma
<input type="checkbox"/> Outra condição |
| 4- Tipo de domicílio (<i>marcar somente uma</i>)
<input type="checkbox"/> coletivo (albergue, abrigo, república, casa-lar)
<input type="checkbox"/> Condomínio de casas
<input type="checkbox"/> Favela ou áreas ocupadas
<input type="checkbox"/> Casa de cômodos ou cortiço
<input type="checkbox"/> Construção isolada
<input type="checkbox"/> Outro |
| 5- Mora em área de desastres naturais, de possível de desabamento, inundações ou tempestades?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 6- Onde mora ocorre qual ou quais dessas condições adversas causados pelo homem? (<i>múltipla escolha</i>)
<input type="checkbox"/> área de elevada violência urbana
<input type="checkbox"/> área de conflito
<input type="checkbox"/> área de poluição (do solo, da água, do ar ou sonora)
<input type="checkbox"/> área de risco(inundação ou desmoronamento)
<input type="checkbox"/> outros |

E – TIPO DE DEFICIÊNCIA, PRODUTOS E TECNOLOGIAS:

TIPO DE DEFICIÊNCIA ⁶
1- Qual o tipo de deficiência do beneficiário? (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> cegueira <input type="checkbox"/> baixa visão <input type="checkbox"/> surdez <input type="checkbox"/> deficiência auditiva <input type="checkbox"/> surdocegueira <input type="checkbox"/> deficiência física <input type="checkbox"/> deficiência mental <input type="checkbox"/> transtornos invasivos do desenvolvimento (autismo e psicose infantil) <input type="checkbox"/> síndrome de down <input type="checkbox"/> deficiência múltipla
MEDICAMENTOS
2- Precisa fazer uso contínuo de medicamentos e/ou alimentação especial e/ou suplementos para consumo pessoal por causa da deficiência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (<i>se não, pular para questão 6</i>)
3- Qual? <input type="checkbox"/> medicamento <input type="checkbox"/> alimento especial/dieta <input type="checkbox"/> suplementos nutricionais
4- Tem acesso a estes medicamentos e/ou alimentação especial e/ou suplementos ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5- Como adquire-os? <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Farmácias Hospitalares <input type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/> outros
PRODUTOS E TECNOLOGIAS PARA USO PESSOAL NA VIDA DIÁRIA
6- Precisa fazer uso contínuo de produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (<i>se não, pular para questão 9</i>)
7- Qual o tipo de produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> roupas de tecidos especiais <input type="checkbox"/> móveis e utensílios (camas adaptadas, colchões especiais, outros) <input type="checkbox"/> instrumentos para cuidados e higiene pessoal adaptados ou específicos para a deficiência <input type="checkbox"/> fraldas descartáveis <input type="checkbox"/> recursos de órteses e próteses ambulatoriais <input type="checkbox"/> outros
8- Faz uso de produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária de que precisa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
PRODUTOS E TECNOLOGIAS PARA FACILITAR A MOBILIDADE E O TRANSPORTE PESSOAL
9- Precisa fazer uso contínuo de produtos e tecnologias para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (<i>se não, pular para questão 12</i>)
10- Qual o tipo de produtos e tecnologias para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal de qual precisa? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> carro (outros veículos movidos a motor – transporte de mais de uma pessoa) <input type="checkbox"/> cadeira de roda <input type="checkbox"/> motociclo <input type="checkbox"/> bengala, muleta <input type="checkbox"/> bengala articulada (para deficiente visual)

⁶ Classificação adotada pelo formulário do Censo Escolar – MEC.

<input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> outros
11- Faz uso de qual(is)s produtos e tecnologias para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal de que precisa? <input type="checkbox"/> carro (outros veículos movidos a motor – transporte de mais de uma pessoa) <input type="checkbox"/> cadeira de roda <input type="checkbox"/> motociclo <input type="checkbox"/> bengala <input type="checkbox"/> muleta <input type="checkbox"/> bengala articulada (para deficiente visual) <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> outros
ÓRTESES E PRÓTESES
12- Precisa fazer uso de órteses e próteses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (<i>se não, pular para o bloco F</i>)
13- Como adquire? (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> compra <input type="checkbox"/> outros
14- Qual o tipo de órteses e próteses de que precisa? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> órteses para coluna - colar cervical ou coletes para sustentação da coluna <input type="checkbox"/> órteses dos membros superiores - para imobilizar ou evitar o movimento do braço <input type="checkbox"/> órteses dos membros inferiores - calçado adaptado, palmilhas, e outros <input type="checkbox"/> próteses para membro superior - para o caso de amputação de dedo, mão, braço ou antebraço <input type="checkbox"/> próteses para o membro inferior - para o caso de amputação de dedo, pé ou perna <input type="checkbox"/> cadeira de rodas <input type="checkbox"/> cadeira de rodas para banho com assento sanitário <input type="checkbox"/> muleta <input type="checkbox"/> bengala <input type="checkbox"/> bengala articulada - para orientação e mobilidade do deficiente visual <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> aparelho auditivo <input type="checkbox"/> implante coclear – prótese para deficiente auditivo implantada por procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> prótese ocular – para o caso de substituição do globo ocular <input type="checkbox"/> óculos e/ou lentes de contato <input type="checkbox"/> lupas – lentes para ampliação, no caso de baixa visão, pode ser manual ou de apoio na cabeça. <input type="checkbox"/> bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> coletor urinário <input type="checkbox"/> outros
15- Faz uso das órteses e próteses de que precisa? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> órteses para coluna - colar cervical ou coletes para sustentação da coluna <input type="checkbox"/> órteses dos membros superiores - para imobilizar ou evitar o movimento do braço <input type="checkbox"/> órteses dos membros inferiores - calçado adaptado, palmilhas, e outros <input type="checkbox"/> próteses para membro superior - para o caso de amputação de dedo, mão, braço ou antebraço <input type="checkbox"/> próteses para o membro inferior - para o caso de amputação de dedo, pé ou perna <input type="checkbox"/> cadeira de rodas <input type="checkbox"/> cadeira de rodas para banho com assento sanitário <input type="checkbox"/> muleta <input type="checkbox"/> bengala <input type="checkbox"/> bengala articulada - para orientação e mobilidade do deficiente visual <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> aparelho auditivo <input type="checkbox"/> implante coclear – prótese para deficiente auditivo implantada por procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> prótese ocular – para o caso de substituição do globo ocular

- óculos e/ou lentes de contato
- lupas – lentes para ampliação, no caso de baixa visão, pode ser manual ou de apoio na cabeça.
- bolsa de colostomia
- coletor urinário
- outros

F - APOIO E RELACIONAMENTOS:

APOIO EMOCIONAL E AFETIVO	
1-	Dispõe de apoio emocional, afetivo e proteção familiar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2-	Dispõe de Apoio e relacionamentos com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3-	Qual ou quais dessas condições familiares que interferem na disponibilidade de apoio e relacionamentos? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> ausência de um dos membros responsáveis pela pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> membros da família com deficiência ou patologia crônica <input type="checkbox"/> membros da família com fármaco-dependência <input type="checkbox"/> membros da família com mais de 65 anos de idade <input type="checkbox"/> membros da família menores de 18 anos de idade <input type="checkbox"/> membros da família com transtorno mental <input type="checkbox"/> membros da família com transtorno decorrente do uso de álcool ou outras drogas
4-	A busca de sobrevivência material por parte de outros componentes da família dificulta o relacionamento e a disponibilidade de apoio dos familiares a pessoa com deficiência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CUIDADOS DE TERCEIRO	
5-	O beneficiário necessita de cuidado de terceiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (<i>se não, pular para bloco G</i>)
6-	Ele tem esse cuidado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7-	Em caso afirmativo, quem é este cuidador? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> adulto da família <input type="checkbox"/> criança da família <input type="checkbox"/> idoso da família <input type="checkbox"/> adulto vizinho <input type="checkbox"/> profissional contratado <input type="checkbox"/> outro
8-	Estas questões impedem sua participação escolar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

G – ATITUDES E BARREIRAS ATITUDINAIS:

1-	Enfrenta situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes de membros da família? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2-	Enfrenta situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos, membros da comunidade, profissionais de saúde e de educação e outros? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3-	Brinca/diverte - se sozinho ou com outras pessoas de sua idade? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4-	Já enfrentou obstáculos para estas ações?

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5- De que ordem? <input type="checkbox"/> ambiental <input type="checkbox"/> pessoal (de sua personalidade) <input type="checkbox"/> atitudinal (demais pessoas)
6- Conhece associação ou entidade que lide com a defesa dos direitos das pessoas com deficiência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

H – ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

REDE DA ASSISTÊNCIA, DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
1- O beneficiário é atendido por programas ou serviços da saúde, assistência social e educação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (<i>se não, pular para questão 3</i>)
2- Qual ou quais desses serviços da assistência social, saúde, educação, você tem acesso? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> CRAS – Centro de Referência da Assistência Social <input type="checkbox"/> CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social <input type="checkbox"/> Ação sócio-educativa e de convivência <input type="checkbox"/> inclusão produtiva <input type="checkbox"/> centro-dia <input type="checkbox"/> atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> serviços de reabilitação na comunidade <input type="checkbox"/> atendimento educacional especializado <input type="checkbox"/> CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial <input type="checkbox"/> Ambulatório Especializado em Saúde Mental <input type="checkbox"/> Serviço de Reabilitação Física do SUS <input type="checkbox"/> Serviço de Reabilitação Auditiva do SUS <input type="checkbox"/> Serviços de Reabilitação Visual do SUS <input type="checkbox"/> Serviço de Reabilitação para Deficiência Mental do SUS <input type="checkbox"/> Serviços de reabilitação profissional do INSS <input type="checkbox"/> Outros
3- A família do beneficiário está inserido na rede sócio-assistencial? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (<i>se não, pular para questão 5</i>)
4- Qual ou quais desses serviços outros membros da família têm acesso? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> CRAS – Centro de Referência da Assistência Social <input type="checkbox"/> CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social <input type="checkbox"/> Ação sócio-educativa e de convivência <input type="checkbox"/> inclusão produtiva <input type="checkbox"/> centro-dia <input type="checkbox"/> atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> serviços de reabilitação na comunidade <input type="checkbox"/> atendimento educacional especializado <input type="checkbox"/> CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial <input type="checkbox"/> Ambulatório Especializado em Saúde Mental <input type="checkbox"/> Serviço de Reabilitação Física do SUS <input type="checkbox"/> Serviço de Reabilitação Auditiva do SUS <input type="checkbox"/> Serviços de Reabilitação Visual do SUS <input type="checkbox"/> Serviço de Reabilitação para Deficiência Mental do SUS <input type="checkbox"/> Serviços de reabilitação profissional do INSS <input type="checkbox"/> Outros
5- Tem acesso a serviços públicos dos órgãos de proteção dos direitos sociais - Fóruns, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Cartórios estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?

<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
TRANSPORTE PÚBLICO
6- Tem acesso a serviços públicos de transporte? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (<i>se não, pular para questão 11</i>)
7- Esse serviço público de transporte é gratuito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8- A gratuidade do serviço público de transporte é estendida ao acompanhante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9- O serviço público de transporte é acessível? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10- Utiliza outro transporte fornecido por entidade ou órgão público para acessar serviços públicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ACOMPANHAMENTO MÉDICO
11- Precisa de acompanhamento médico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (<i>se não, pular para questão 17</i>)
12- Qual(is) acompanhamento médico precisa? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> com clínico geral <input type="checkbox"/> com psiquiatra <input type="checkbox"/> com neurologista <input type="checkbox"/> com ortopedista <input type="checkbox"/> com oftalmologista <input type="checkbox"/> com otorrinolaringologista <input type="checkbox"/> outros
13- Faz acompanhamento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14- Qual acompanhamento médico realiza? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> com clínico geral <input type="checkbox"/> com psiquiatra <input type="checkbox"/> com neurologista <input type="checkbox"/> com ortopedista <input type="checkbox"/> com oftalmologista <input type="checkbox"/> com otorrinolaringologista <input type="checkbox"/> outros
15- Onde faz acompanhamento médico? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> outros
16- Nome do local -----
REABILITAÇÃO
17- Precisa de reabilitação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (<i>se não, pular para bloco J</i>)
18- Participa de algum programa de reabilitação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19- qual(is) os tipos de terapia de que precisa? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> terapia ocupacional <input type="checkbox"/> fonoaudiologia <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> psicologia <input type="checkbox"/> outros
20- qual(is) os tipos de terapia que realiza? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> terapia ocupacional <input type="checkbox"/> fonoaudiologia

<input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> psicologia <input type="checkbox"/> outros
21- Com qual freqüência realiza a terapia? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quinzenal <input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> outros
22- Onde? (<i>múltipla escolha</i>) <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> outros
23- Nome do local (questão aberta) -----

J – JUSTIFICATIVA DO NÃO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO (esta questão é respondida pelo próprio aplicador – não precisa ser feita ao beneficiário ou seu representante)

1- Qual a justificativa do não preenchimento do questionário? (<i>marcar somente uma</i>) <input type="checkbox"/> beneficiário não encontrado no endereço (após 5 visitas) <input type="checkbox"/> endereço não encontrado <input type="checkbox"/> beneficiário mudou-se para outra localidade no mesmo município (sem informar novo endereço) <input type="checkbox"/> beneficiário mudou-se para outro município (sem informar novo endereço) <input type="checkbox"/> beneficiário mudou-se para outra unidade da federação (sem informar novo endereço) <input type="checkbox"/> beneficiário ou representante legal negou-se a responder o questionário <input type="checkbox"/> falecimento do beneficiário <input type="checkbox"/> outros
--