XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: "20 ANOS DO SUAS: construção, proteção social e resistência

João Neiva / ES

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – IDENTIFICAÇÃO:

- **Dados gerais:**

Nome:

Nome Social (em destaque no crachá):

Segmento: Sociedade Civil ( ) Governo ( )

Sociedade Civil: ( ) Usuárias/os ( ) Trabalhadoras/es ( ) Entidades

CPF:

Município: UF:

Telefone para contato/DDD (WhatsApp):

E-mail:

Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Superior Incompleto
( ) Ensino Superior Completo
( ) Pós-Graduação

Digitalizado com CamScanner

Profissão/trabalho:

Sexo biológico:

( ) Masculino
( ) Feminino
( ) Intersexo
( ) Prefiro não informar

Identidade de gênero:

( ) Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)
( ) Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)
( ) Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)
( ) Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)
( ) Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)
( ) Prefiro não informar
( ) Outro_____

Autodeclaração racial:

( ) Amarela (descendentes de asiáticos)
( ) Branca
( ) Indígena
( ) Parda/Negra
( ) Preta/Negra
( ) Prefiro Não Informar

Faixa Etária:

( ) Adolescente (12 a 17 Anos)
( ) Jovem (18 a 29 Anos)
( ) Adulta/o (30 a 59 Anos)
( ) Idosa/o (Acima de 60 Anos)
( ) Prefiro não Informar

Contato de emergência:

Nome:
Parentesco:
Telefone/ whatsapp:

Digitalizado com CamScanner

Pessoa com deficiência Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, especificar a deficiência:

( ) Física
( ) Mobilidade reduzida
( ) Visual
( ) Auditiva
( ) Intelectual
( ) Múltipla
( ) Transtorno do espectro autista - TEA
( ) Outras Neurodivergências
( ) Surdocegueira
( ) Outra deficiência. Especificar: _____

1. Você utiliza algum desses recurso de mobilidade?
Sim ( ) Não ( )

Se sim qual?

( ) Cadeira de rodas
( ) Muletas
( ) Andador
( ) Outro. Qual? _____

2. Você utiliza alguma tecnologia assistiva?

( ) Lupas
( ) Software leitor
( ) Material em Braile
( ) Material ampliado
( ) Intérprete de Libras
( ) Audiodescrição
( ) Outro. Qual? _____

3. Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação?

_____
_____
_____
_____

Digitalizado com CamScanner

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante:

Nome do acompanhante:

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá):

Município: UF:

Telefone para contato/DDD:

WhatsApp/DDD:

Restrição alimentar:

( ) Não possuo restrição alimentar
( ) Lactose
( ) Glúten
( ) Frutos do Mar
( ) Amendoim, castanha ou nozes
( ) Frutose
( ) Pessoa com Diabetes
( ) Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições:

( ) Gestante
( ) Lactante
( ) Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

( ) Sim
( ) Não

Se sim, qual a sua preferência de identificação?
(escolha apenas uma opção)

( ) pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas)
( ) pessoas com deficiência
( ) pessoas LGBTQIAPN+
( ) pessoas idosas (mais de 60 anos)
( ) adolescentes (12 a 17 anos)
( ) jovens (18 a 29 anos)
( ) migrantes, refugiados e apátridas

Digitalizado com CamScanner

( ) atingidos por barragens
( ) indígenas
( ) quilombolas
( ) ciganos
( ) extrativistas
( ) pescadores artesanais
( ) comunidade de terreiro
( ) ribeirinhos
( ) agricultores familiares
( ) assentados
( ) beneficiários do programa nacional de crédito fundiário
( ) acampados
( ) atingidos por empreendimentos de infraestrutura
( ) famílias de presos do sistema carcerário
( ) catadores de materiais recicláveis
( ) pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo:

( ) Portaria de nomeação (função ou cargo público)
( ) Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

( ) declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
( ) atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
( ) comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

( ) portaria de nomeação em concurso público;
( ) atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
( ) contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF.

Digitalizado com CamScanner

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

( ) ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
( ) declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

Digitalizado com CamScanner