

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO ATINGIDA

Entrevistador: _____

Data da Entrevista:				
Nome do Entrevistado:				
Endereço do Imóvel:				
	CEP:	Cidade:		
Descrição do Imóvel:	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> outro	
Número de Cômodos	Tamanho Aproximado do Imóvel:			
Imóvel:	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Emprestado	<input type="checkbox"/> outro
Quanto tempo mora no local:				
O imóvel possui:	<input type="checkbox"/> Água Encanada	<input type="checkbox"/> Esgoto	<input type="checkbox"/> Luz	<input type="checkbox"/> telefone fixo
A água é tratada:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Fornecimento:	(se rede geral, cisterna, caminhão pipa, etc)	
Tipo de coleta de esgoto:	(rede geral, fossa séptica, fossa negra, in natura, etc)			
Nome do Proprietário do Imóvel				
O imóvel possui escritura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe			
Descrição do Imóvel:	- tipo de material (alvenaria com revestimento, alvenaria sem revestimento, madeira, taipa, etc) - rural/urbano - somente domiciliar/ uso misto, etc - casa, apartamento, condomínio, etc			
Descrição do entorno do imóvel:	- arborização, iluminação pública, lixo, terrenos baldios, calçamentos, boca de lobo, esgoto a céu aberto, meios-fios, etc.			
Produtos Cultivados/Criações	Em caso de imóveis rurais, descrever todos os plantios e criações com estimativa de área/cabeças.			
Eletrrodomésticos	(listar todos os aparelhos eletrônicos/eletrodomésticos do imóvel, tais como geladeira, fogão, televisores, rádios, computadores, etc)			
Localização Geográfica do Imóvel				

Tipologia do Imóvel:				
<input type="checkbox"/> Exclusivamente Residencial		<input type="checkbox"/> Exclusivamente Comercial		<input type="checkbox"/> Residencial e Comercial
OBS: (se for comercial ou residencial/comercial descrever o(s) tipo(s) de atividade desenvolvida; quantos empregados (fora membros da família); horário de funcionamento, etc.)				
Família Residente:				
<input type="checkbox"/> 1 família		<input type="checkbox"/> 2 famílias		<input type="checkbox"/> mais de 2 famílias
OBS:				
Composição Familiar (que moram no local) (nome completo, idade)	Nome	Idade	Escolaridade	Cor/Raça
OBS: (descrever as crianças que estudam, com o respectivo ano e nome da escola, bem como informações se possuem transporte escolar e fazem atividades extracurriculares)				
Renda Familiar:				
Valor Aproximado da renda familiar:				
Ocupação do chefe da família:				
Membros da família que trabalham:				
Fontes de renda:				
Participação em Programas Governamentais:				
Programas		Valor Médio Recebido (R\$)	Desde (ano)	
OBS:				
Idosos				
Idosos na família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Idade:	Recebe aposentadoria?	
Problemas de Saúde:				
Faz uso de medicamentos? Quais?				
Recebe algum medicamento do governo? Quais?				

Portadores de Necessidades Especiais	
Portadores de necessidades especiais na família? () Sim () Não	
Tipo de necessidade especial:	
Faz uso de medicamentos? Quais?	
Recebe algum medicamento do governo? Quais?	
Aposentados por incapacidade e/ou doenças crônicas	
Aposentados por incapacidade e/ou doenças crônicas na família? () Sim () Não	
Tipo incapacidade:	
Recebe benefício? Quanto?	
Faz uso de medicamentos? Quais?	
Recebe algum medicamento do governo? Quais?	
OBS: (inserir informações sobre gravidez precoce de adolescentes, idosos morando sozinhos, problemas de alcoolismo e/ou drogas, etc.)	
Equipamentos Públicos no Entorno do Imóvel	
Escola: () Sim () Não	Nome/tipo: (ensino fundamental, médio, técnico, público, particular, etc)
Serviço de Saúde: () Sim () Não	Nome/tipo: (hospital, posto de saúde, clínica, etc)
Serviços de Segurança: () Sim () Não	Nome/tipo: (delegacia, posto policial, etc)
Serviços de Assistência Social: () Sim () Não	Nome/tipo: (CRAS, CREAS, etc)
Serviços de Mobilidade: () Sim () Não	Nome/tipo: (paradas de ônibus, rodoviárias, estação metrô, trem, etc)
Serviços de esporte e lazer: () Sim () Não	Nome/tipo: (quadras esportivas, praças, parques)
Serviços de Limpeza Urbana: () Sim () Não	Tipos: (coleta de lixo, varrição, poda, etc)
OBS:	