

DIÁRIO DE CAMPO

CT Nº: _____/____	Proponente::	Programa:	Data:
-------------------	--------------	-----------	-------

CARACTERÍSTICAS DO EMPREENDIMENTO

Modalidade:

Ação:

Localidade:

Objetivo:

PLANEJAMENTO DO DIA

Atividade Planejada:

Objetivo da atividade:

Descrição da atividade:

Metodologia (instrumentos/técnicas):

Local de realização:

Responsável pela atividade:

REGISTRO DE REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

Facilitadores da atividade:

Dificultadores da atividade:

Resultados alcançados:

DEPOIMENTOS DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DA ATIVIDADE

AVALIAÇÃO TÉCNICA

Local/Data

Assinatura do Técnico Social Responsável



Governo Municipal

SANTA TEREZA DE GOIÁS

GNPJ: 02.073.484/0001-24

Compromisso com a feliz cidade

PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA

FICHA DE FREQUÊNCIA

ASSUNTO: _____

DATA: ____ / ____ / ____ ÀS _____ HORAS

N. DE ORDEM	ASSINATURA (Por extenso)
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
08	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	

20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	

Josefa Jorge da Silva
Responsável Técnica

Questionário para Avaliação Final do Trabalho Social Equipe Técnica

Identificação Do Projeto:

PROGRAMA:

Agente Promotor:

Modalidade/Intervenção:

Período a que se refere a Avaliação:

Objetivos Propostos:

Organização Comunitária

Educação Ambiental

Capacitação Profissional

Ações Voltadas p/ Saúde

Educação Sanitária

Educação p/o Trânsito

Outras _____

(Especificar)

Identificação da Equipe Técnica do Trabalho Social:

Responsável Técnico: _____

Equipe: _____

QUESTIONÁRIO:

1 As atividades propostas foram realizadas?

SIM

NÃO

1.1 Qual o percentual de realização das atividades planejadas (conciliar atividades planejadas com as executadas)?

2 Os objetivos estabelecidos no Projeto foram plenamente alcançados?

SIM

NÃO

3 Qual o percentual de participação aos beneficiários nas atividades realizadas? (extrair dos documentos, atas, listas de freqüências, etc.)

4 As ações implementadas estimularam a mobilização e a participação comunitária em todas as etapas do processo, de forma contínua?

SIM

NÃO

Observações:

5 As ações de Ed. Sanitária, Ambiental e Ações voltadas para a saúde, favoreceram a mudança de hábitos da população beneficiária e, conseqüentemente, produziram uma melhoria significativa na sua qualidade de vida?

SIM NÃO

6 A implementação do trabalho social fortaleceu ou criou bases organizativas na (s) comunidades (s)?

SIM NÃO

7 Há perspectiva de continuidade dos trabalhos ou início de novos projetos, após a saída da equipe técnica, em função da mobilização, de capacidade de organização e do nível de autonomia apresentados (as) pela (s) comunidade (s)?

SIM NÃO

8 Houve desvios significativos na execução do Trabalho Social que influíram negativamente nos resultados apresentados?

SIM NÃO

9 Houve integração com outros projetos sociais porventura desenvolvidos na área? Quais?

SIM NÃO

10 O desenvolvimento das obras ocorreu paralelamente à execução do Trabalho Social?

SIM NÃO

11 No caso de ações voltadas para a capacitação profissional e/ou geração de renda, qual o n.º de beneficiários que foram encaminhados para o mercado de trabalho formal/informal? _____

12 No caso de ações voltadas para a Educação qual o n.º de beneficiários/ familiares que foram integrados a rede escolar? _____

13 No caso de haver recursos destinados especificamente para o Trabalho Social, estes foram suficientes?

SIM NÃO

13.1 Houve participação das beneficiários na definição da utilização dos recursos?

SIM NÃO

Assinatura do entrevistador

_____/_____/_____
Local , data

Técnico Social Responsável
(Assinatura/ Identificação)

Questionário - Avaliação Final do Trabalho Social COMUNIDADE

Identificação Do Projeto:

PROGRAMA:**Agente Promotor:****Modalidade/Intervenção:****Período a que se refere a Avaliação:****Objetivos Propostos:**Organização Comunitária Educação Ambiental Capacitação Profissional Ações Voltadas p/ Saúde Educação Sanitária Educação p/o Trânsito Outras _____

(Especificar) _____

Identificação da Família:

Nome do Chefe da Família: _____

Nome do Entrevistado: _____

Endereço: _____

QUESTIONÁRIO:

1 O (a) Senhor (a) ou alguém de sua família participou de alguma reunião para conversar sobre o benefício que recebeu (*)?

SIM NÃO

1.1 Se positivo de quantas? _____

2 Você (s) participaram de algum tipo de atividade além de reuniões (*)?

SIM NÃO

2.1 Quais? _____

3 O Técnico Social ou Agente de Saúde da Prefeitura fez visitas para conversar sobre assuntos de seu interesses ?

SIM NÃO

4 Qual (is) o (s) assuntos (s) das visitas, palestras, reuniões ou outras atividades que mais lhe interessou (*), inclusive as atividades com grupos específicos (mulheres/crianças, idosos...)?

5 Qual o grau de satisfação do senhor (a) e sua família quanto aos conteúdos/temas, que foram repassados nos encontros e atividades(*)?

MUITO SATISFEITO SATISFEITO RAZOAVELMENTE SATISFEITO
 INSATISFEITO

Observações: _____

6 O (a) senhor (a) tem conhecimento se foi criado algum grupo organizado de moradores neste período?
 SIM NÃO

6.1 O (a) senhor (a) participa de algum grupo? Qual? _____
 SIM NÃO EM PARTE

7 O (a) O Senhor ou alguém de sua famílias participou de algum curso de formação profissional oferecido durante o desenvolvimento deste projeto?
 SIM NÃO

7.1 Se positivo informe quem da sua família participou. _____

7.2 Qual foi o curso? _____

7.3 Caso alguém tenha participado de algum curso, esta pessoa já está utilizando os conhecimentos adquiridos ?
 SIM NÃO

De que forma? _____

8 O Senhor considera que houve melhoria na renda familiar após o desenvolvimento deste projeto social?
 SIM NÃO

De que forma? _____

9 O senhor (a) está satisfeito com o benefício (obras) recebido?
 SIM NÃO EM PARTE

9.1 Por quê? _____

10 O senhor (a) considera que o benefício e as atividades desenvolvidas trouxeram melhorias sob quais aspectos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Higiene Pessoal | <input type="checkbox"/> Hábitos Alimentares |
| <input type="checkbox"/> Higiene Doméstico | <input type="checkbox"/> Saúde da Família |
| <input type="checkbox"/> Limpeza do Bairro | <input type="checkbox"/> Organização dos Moradores |
| <input type="checkbox"/> Capacitação Profissional | <input type="checkbox"/> Limpeza dos Quintais |
| <input type="checkbox"/> Oportunidade de Trabalho | <input type="checkbox"/> Ingresso na Escola |
| <input type="checkbox"/> Aumento de Renda | <input type="checkbox"/> Água Tratada |
| <input type="checkbox"/> Esgoto ou fossa séptica | <input type="checkbox"/> Energia |
| <input type="checkbox"/> Pavimentação | <input type="checkbox"/> Arborização |
| <input type="checkbox"/> Hortas | <input type="checkbox"/> Jardins |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

10 O senhor (a) considera que o **Projeto Social** foi : positivo negativo

10.1 Provocou mudanças nos seus hábitos e na sua qualidade de vida:
 Sim Não

10.2 Comente a sua resposta:

- Listar para o entrevistado nesta questão todas as atividades constantes nos relatórios mensais apresentados à CAIXA.

• _____
• Assinatura do entrevistador

_____/_____/_____
Local , data

Técnico Social Responsável
(Assinatura/ Identificação)

Questionário para Avaliação Final do Trabalho Social Equipe Técnica

Identificação Do Projeto:	
PROGRAMA:	
Agente Promotor:	
Modalidade/Intervenção:	
Período a que se refere a Avaliação:	
Objetivos Propostos:	
Organização Comunitária <input type="checkbox"/>	Educação Sanitária <input type="checkbox"/>
Educação Ambiental <input type="checkbox"/>	Educação p/o Trânsito <input type="checkbox"/>
Capacitação Profissional <input type="checkbox"/>	Outras _____ <input type="checkbox"/>
Ações Voltadas p/ Saúde <input type="checkbox"/>	(Especificar)

Identificação da Equipe Técnica do Trabalho Social:
Responsável Técnico: _____
Equipe: _____

QUESTIONÁRIO:
1 As atividades propostas foram realizadas?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
1.2 Qual o percentual de realização das atividades planejadas (conciliar atividades planejadas com as executadas)?

2 Os objetivos estabelecidos no Projeto foram plenamente alcançados?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3 Qual o percentual de participação aos beneficiários nas atividades realizadas? (extrair dos documentos, atas, listas de freqüências, etc.)

6 As ações implementadas estimularam a mobilização e a participação comunitária em todas as etapas do processo, de forma contínua?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Observações:

7 As ações de Ed. Sanitária, Ambiental e Ações voltadas para a saúde, favoreceram a mudança de hábitos da população beneficiária e, conseqüentemente, produziram uma melhoria significativa na sua qualidade de vida?

SIM NÃO

6 A implementação do trabalho social fortaleceu ou criou bases organizativas na (s) comunidades (s)?

SIM NÃO

7 Há perspectiva de continuidade dos trabalhos ou início de novos projetos, após a saída da equipe técnica, em função da mobilização, de capacidade de organização e do nível de autonomia apresentados (as) pela (s) comunidade (s)?

SIM NÃO

14 Houve desvios significativos na execução do Trabalho Social que influíram negativamente nos resultados apresentados?

SIM NÃO

15 Houve integração com outros projetos sociais porventura desenvolvidos na área? Quais?

SIM NÃO

16 O desenvolvimento das obras ocorreu paralelamente à execução do Trabalho Social?

SIM NÃO

17 No caso de ações voltadas para a capacitação profissional e/ou geração de renda, qual o n.º de beneficiários que foram encaminhados para o mercado de trabalho formal/informal? _____

18 No caso de ações voltadas para a Educação qual o n.º de beneficiários/ familiares que foram integrados a rede escolar? _____

19 No caso de haver recursos destinados especificamente para o Trabalho Social, estes foram suficientes?

SIM NÃO

13.2 Houve participação das beneficiários na definição da utilização dos recursos?

SIM NÃO

Assinatura do entrevistador

_____/_____/_____
Local , data

Técnico Social Responsável
(Assinatura/ Identificação)

REGISTRO FOTOGRÁFICO DO TRABALHO SOCIAL

PROGRAMA:

CONTRATO N.:

AGENTE PROMOTOR:

DATA DO REGISTRO:

RESPONSÁVEL TÉCNICA SOCIAL:

