**Ficha de Identificação dos(as) participantes da Conferência Estadual/DF**

|  |
| --- |
| **FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS/AS PARTICIPANTES DA CONFERÊNCIA** |
| **I. TIPO DE PARTICIPANTE** |
| Categoria: (   )Delegado(a); (   ) Observador(a); (   ) Convidado(a). |
| Esfera Governamental: (  ) Municipal; (  ) Estadual; (  ) Distrital; (  ) Federal. |
| Poder: (  ) Judiciário; (  ) Legislativo; (  ) Executivo; (  ) Ministério Público. |
| **Marque as opções com as quais você se identifica:** |
| Sociedade Civil: (  ) ONGs voltadas aos direitos das pessoas idosas; (  ) Sindicatos; (  ) Movimento Feminista ou de Mulheres;  (  ) Movimento Negro;          (  ) Movimento LGBT; (  ) Partidos Políticos; (  ) Comunidades tradicionais (indígena, quilombola, ribeirinha); (  ) Outras.  Citar qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **II. DADOS PESSOAIS** |
| 1. **Nome:** |
| 2. **Nome social (Portaria MP/GM nº 233, de 18.05.2010, PNDH):** |
| 3. **Idade:** |
| 4. **RG (número/órgão expedidor/UF):** |
| 5. **Nacionalidade:** ( ) Brasileira; ( ) Outra. Citar qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. **Endereço Residencial (rua, número, bairro, cidade, estado, CEP):** |
| 7. **Telefones com DDD (Fixo/Celular):** |
| 8. Possui alguma deficiência: (   ) Sim; (   ) Não.  Se sim, cite qual deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. **E-mail (caso houver):** |
| 10. **Identidade de gênero:** ( ) Feminino; ( ) Masculino; ( ) Homem trans; ( ) Mulher trans; ( ) não binário; ( ) Travesti; ( ) Outra. Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. **Orientação Sexual:** ( ) Heterossexual; Bissexual; ( ) Lésbica; ( ) Gay; ( ) Não declarada |
| 12. **Raça/Cor:** (  ) Preta; ( ) Parda; ( ) Branca; ( ) Indígena; ( ) Amarela; ( ) Não declarada. |
| 13. **Estado Civil:** ( ) Solteiro(a); ( ) Casado(a); ( ) Viúvo(o); ( ) Divorciado(a); ( ) Desquitado(a); separado(a); ( ) União estável; ( ) Não declarado. |
| 14. **Escolaridade:** ( ) Não alfabetizado(a); ( ) Fundamental incompleto; ( ) Fundamental completo; ( ) Nível médio; ( ) Curso profissionalizante; ( ) Nível universitário; ( ) Pós-graduação; ( ) Mestrado; ( ) Doutorado; ( ) Não declarada. |
| 15. **Profissão:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16. **Trabalho Remunerado:** ( ) Sim; ( ) Não; ( ) Aposentada(o). |
| 17. **Renda Mensal individual:**  Nenhuma ( )  ( ) Menos de um Salário Mínimo;  ( ) Um Salário Mínimo – R$ 1.412,00;  ( ) De 1 até 3 Salários Mínimos - R$ 1.412,00 a R$ 4.236,00;  ( ) De 3 até 5 Salários Mínimos - R$ 4.236,00 a R$ 7.060,00;  ( ) De 5 até 8 Salários Mínimos - R$ 7.060,00 a R$ 11.296,00;  ( ) Mais de 8 Salários Mínimos - + de R$ 11.296,00. |
| 18. **Origem:** ( ) Urbana; ( ) Rural; ( ) Povos e Comunidades Tradicionais; Citar qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (  ) Não declarada. |
| 19. **Religião:** ( ) Católica; ( ) Protestante; ( ) Evangélica; ( ) Espírita; ( ) Candomblé; ( ) Umbanda; ( ) Sem religião; ( ) Outra. Qual. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(   ) Sem declaração. |
| 20. **Filiada/o em Partido Político:** Sim ( ) Não ( ) |
| 21. **Participa de coletivo, associação ou grupo de pessoas idosas?** ( ) Não; ( ) Sim. Se sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |