**ANEXO 01**

**PLANO DE AÇÃO PARA O ANO XXXX**

**PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA - PSB**

**MODALIDADE DE INSCRIÇÃO: ATENDIMENTO – SERVIÇOS TIPIFICADOS DA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA**

( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV para crianças e adolescentes. *Atenção! Antes de preencher, consulte os cadernos de orientações técnicas para esse serviço*;

( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV para jovens e adultos;

*Atenção! Antes de preencher, consulte os cadernos de orientações técnicas para esse serviço*;

( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV para idosos. *Atenção! Antes de preencher, consulte*) *os cadernos de orientações técnicas para esse serviço*;

( ) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas;

( ) Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família – PAIF (Somente para órgãos públicos);

OBS. PARA CADA SERVIÇO ASSINALADO PREENCHER UM PLANO DE AÇÃO:

**1.** Nome do Serviço:

**2.** Descrição

Descrever no que consiste o serviço e como ele é realizado. Máximo de 20 linhas.

**3.** Público Alvo

( ) Indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social

( ) Criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social

( ) Pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social

( ) Criança e adolescente com deficiência

( ) Jovens e adultos com deficiência

( ) Famílias beneficiárias de Programa Transferência de Renda

( ) Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC

( ) Povos e comunidades tradicionais (povos indígenas, comunidades quilombolas, comunidades ribeirinhas)

( ) Crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil (PETI).

( ) Pessoas egressas do sistema Penitenciário.

( ) População LGBTQIA+

( ) Pessoa com Deficiência

( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Como a OSC conhece as características da população e do território onde atua? Identifique as vulnerabilidades, os riscos sociais e as potencialidades do território:

**5.** É garantida a gratuidade? É exigido algum tipo de contrapartida ao usuário?

**6.** Como se dá o acesso ou encaminhamento dos usuários a esse serviço?

**7.** Origem dos recursos utilizados especificamente neste serviço:

|  |  |
| --- | --- |
| FONTE | VALOR ANUAL (R$) |
| Ex: convênios/parcerias município | 40.000,00 |
| Ex: convênios/parcerias estado | 4.800,00 |
| Ex: isenções (iptu, aluguel, etc- especificar uma linha para cada) | 100.000,00 |
| Ex. recursos próprios (de associados, eventos, campanhas- especificar uma linha para cada) | 4.000,00 |
| Ex. recursos privados (de doações, parcerias com empresas ou entidades privadas- especificar uma linha para cada) | 0 |
| TOTAL GERAL | 144.800,00 |

**8.** Recursos físicos deste serviço:

|  |  |
| --- | --- |
| RECURSOS FÍSICOS | QUANTIDADE |
| Ex: Recepção com 22,5 m² | 01 |
| Ex: Sala para realização de Oficinas com 40,0 m² | 06  |
|  |  |
| AREA TOTAL DISPONÍVEL PARA ESSE SERVIÇO | 300 m² |

**9.** A estrutura física mencionada é compartilhada com outros projetos/serviços? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais outros?

**10.** O espaço para realização das atividades é próprio da OSC?

( ) Sim ( ) Não Se não, a quem pertence e como se dá a utilização:

**11.** Existem aspectos de acessibilidade?

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais ?

**12.** Possui salas de atividades coletivas compatíveis com o número de grupos atendidos e/ou para atendimentos individualizados?

**13.** Recursos materiais permanentes para este serviço:

Material Permanente: Materiais com durabilidade superior a dois anos. Ex: mobiliário, eletrodomésticos.

|  |  |
| --- | --- |
| RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES  | QUANTIDADE |
| Ex: Mesas  | 25 |
| Ex: Computador com acesso a internet | 02 |

**14.** Existem veículos disponíveis para a execução desse serviço?

( ) sim ( ) não

Se sim, descrever quais e se são de uso exclusivos para esse serviço ou compartilhados

**15.** Qual tipo de material de consumo principal para realização da proposta? A OSC possui material de consumo suficiente para realização da proposta?

**16.** Oferece lanches para os participantes? ( ) sim ( ) não

Se sim, explique quando e como:

**17.** Gestor/Coordenador desse serviço:

Nome completo:

Escolaridade: ( ) médio ( ) superior ( ) superior + pós

Curso:

Registro em Conselho de Classe (se for o caso):

Vínculo: horas:

**18.** Equipe de Referência desse serviço:

(Resolução CNAS nº 17/2011)

Não pode ser composta somente por voluntários segundo a NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2023/MDS/CNAS/SNAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | FORMAÇÃO | FUNÇÃOCARGO | REGISTRO DE CLASSE  | VÍNCULO | HORAS SEMANAIS DEDICADAS A ESSE SERVIÇO |
| Ex. Ana da Silva | Assistente Social | Assistente Social | CRESS99999-99 | CLT | 30 |
| Ex. Pedro da Silva | Psicólogo | Psicólogo | CPR 99999-99 | CLT | 30 |
| Ex. João de Souza | Médio | Educador Social |  | CLT | 44 |
| Ex. Paulo Roberto | Fundamental | Aux. Limpeza |  | CLT | 44 |
| Ex. Juliane de Paula | Pedagoga | Pedagoga |  | CLT | 30 |

**19.** Como é realizado o planejamento das ações?

**20.** **Somente para o scfv:**

**20.1.** Os eixos norteadores (Convivência Social, Direito de Ser e Participação, previstos e explicados no material orientativos do SCVF) são utilizados no planejamento e nas ações?

 <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/publicacoes/perguntas_frequentes_SCFV_2022.pdf>

**20.2.** Qual a porcentagem de participantes que integram o público prioritário da assistência social? (Resolução 01/2013 – CNAS. Mínimo de 50% das vagas disponíveis)

**20.3**. A Entidade arquiva documento técnico que comprove situação prioritária?

**21.** Existe algum período de interrupção das atividades? Se sim, como isso ocorre?

**22**. Objetivos deste serviço:

**23.** Capacidade de atendimento: (quantas vagas ofertadas)

**24.** Quantas vagas ocupadas?

**25.** Periodicidade do serviço: (quantas vezes na semana o serviço acontece)

**26.** Cronograma de todas as atividades desse serviço planejadas para o ano.

**27.** Qual metodologia adotada para execução desse serviço?

**28.** como os temas trabalhados no serviço de atendimento contribuem também para a prevenção de riscos pessoais e ou sociais, levando-se em consideração as características do seu território e do público alvo?

**29.** Descrever qual é a abrangência territorial deste Serviço, ou seja, de onde o público é proveniente (bairro, município).

**30.** Como se articula com a rede socioassistencial? Como promove acesso a benefícios e serviços socioassistenciais, fortalecendo a rede de proteção social de assistência social nos territórios?

**31.** Todos os participantes do serviço de atendimento são referenciados ao CRAS/CREAS?

( ) sim ( ) não.

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Técnico de referência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**32. Forma de Avaliação e Participação dos Usuários.**

Descrever como os usuários deste serviço participam da avaliação da qualidade dos serviços prestados e na elaboração dos critérios, na definição das prioridades e no desenvolvimento do trabalho. Descrever qual ferramenta utilizada.

**33. Monitoramento**

Descrever como este serviço é monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações e atendimento?

**34. Declaração**

Na qualidade de representante legal da instituição, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

LOCAL E DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal