**ANEXO 02**

**PLANO DE AÇÃO PARA O ANO XXXX**

**PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL- PSE- MÉDIA COMPLEXIDADE**

**MODALIDADE DE INSCRIÇÃO: ATENDIMENTO**

**CARACTERIZAÇÃO (Serviços Tipificados):**

( ) Serviço Especializado em Abordagem Social (para crianças, adolescentes ou adultos em situação de rua, trabalho infantil, exploração sexual e outros).

( ) Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

( ) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas Famílias.

( ) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos- PAEFI (Somente para órgãos públicos)

( ) Serviço especializado para pessoa em situação de rua.

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

( ) Famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social;

( ) Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade;

( ) Indivíduos e famílias em situação de rua;

( ) Pessoa idosa;

( ) 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 | FUNÇÃO  CARGO | REGISTRO DE CLASSE | VÍNCULO | HORAS SEMANAIS DEDICADAS A ESSE SERVIÇO |
| Ex. Ana da Silva | Assistente Social | Assistente Social | CRESS  99999-99 | 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.** Existe algum período de interrupção das atividades? Se sim, como isso ocorre?

**21**. Objetivos deste serviço:

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

**23.** Quantas vagas ocupadas?

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

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

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

**27.** 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?

**28.** Quais registros serão realizados para comprovar a participação dos sujeitos envolvidos?

**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