**ANEXO 04**

**PLANO DE AÇÃO PARA XXXX**

**PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL- PSE- ALTA COMPLEXIDADE**

**MODALIDADE DE INSCRIÇÃO: ATENDIMENTO**

**CARACTERIZAÇÃO (Serviços Tipificados):**

( ) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências

**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;

( ) Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;

( ) Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC;

( ) Gestantes/nutrizes;

( ) Crianças e adolescentes com deficiência;

( ) Jovens e adultos com deficiência;

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

( ) Crianças e adolescentes em situação de trabalho (PETI);

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

( ) Pessoas egressas do sistema Penitenciário;

( ) Crianças e adolescentes em situação de violência (abuso ou exploração sexual, violência doméstica);

( ) Jovens e adultos em situação de violência (abuso ou exploração sexual, violência doméstica, etc.);

( ) Crianças e adolescentes com vínculos familiares e comunitários rompidos;

( ) Pessoas idosas com vínculos familiares e comunitários rompidos;

( ) População em situação de rua.

( ) 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**. Apontar qual espaço físico para Alojamento Provisório para repouso e restabelecimento pessoal, com condições de salubridade, instalações sanitárias para banho e higiene pessoal, com privacidade individual e/ou familiar; espaço para realização de refeições; espaço para estar e convívio, com acessibilidade em todos seus ambientes, caso tenha:**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.** Apontar qual estrutura para guarda de pertences e de documentos.

**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?

**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 a entidade assegura acolhimento imediato em condições dignas de segurança?

**29**. Quando necessário, como a entidade mantém alojamento provisórios?

30. Como é feita a identificação de perdas e danos ocorridos e o cadastro da população atingida?

**31**. Como é feita a inserção na rede socioassistencial e o acesso a benefícios eventuais?

**32**. Descrever como serão realizadas as ações do trabalho social essencial ao serviço: proteção social proativa, escuta, orientação e encaminhamentos para rede de serviços locais, orientação sociofamiliar, referência e contrarreferência, informação, comunicação e defesa de direitos, acesso à documentação pessoal, articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com serviços de políticas públicas setoriais e de defesa de direitos, mobilização de família extensa ou ampliada, mobilização para o exercício da cidadania; atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; diagnóstico socioeconômico; provisão de benefícios eventuais.

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

**34**. Descrever como trabalha para a reinserção social e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários:

**35**. Como se articula com a rede socioassistencial e com os demais órgãos do Sistema de Direitos e às demais políticas públicas setoriais?

**36. 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.

**37. 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?

**38. 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