**ANEXO 06**

**PLANO DE AÇÃO PARA O ANO XXXX**

**MODALIDADE: ASSESSORAMENTO**

**CARACTERIZAÇÃO CONFORME RESOLUÇÃO 27/2011 DO CNAS**

1. ( ) Assessoramento político, técnico, administrativo e financeiro;
2. ( ) Sistematização e disseminação de projetos inovadores de inclusão cidadã, que possam apresentar alternativas para enfrentamento da pobreza, a serem incorporadas nas políticas públicas;
3. ( ) Estímulo ao desenvolvimento integral sustentável das comunidades, cadeias organizativas, redes de empreendimentos e geração de renda;
4. ( ) Produção e socialização de estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento da sociedade sobre os seus direitos de cidadania e da política de assistência social, bem como dos gestores públicos, trabalhadores e entidades com atuação preponderante ou não na assistência social subsidiando-os na formulação, implementação e avaliação da política de assistência social.

OBS. PARA CADA ITEM 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;

( ) 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.);

( ) Usuários de substâncias psicoativas (dependência química);

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

( ) Pessoas idosas com vínculos familiares e comunitários rompidos;

( ) População em situação de rua;

( ) População LGBTQIA+.

( ) 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.** 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 |

**13.** 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

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

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

Se sim, explique quando e como:

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

Nome completo:

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

Curso:

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

Vínculo: horas:

**17.** 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 |

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

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

**20**. Objetivos deste serviço:

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

**22.** Quantas vagas ocupadas?

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

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

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

**26**. Como é possível comprovar a capacidade técnica para as ações de assessoramento?

RESPONDER SE A OSC MARCOU O ITEM 1 DA CARACTERIZAÇÃO:

**27**. Como a OSC pretende fortalecer o protagonismo de indivíduos e grupos movimentos e organizações sociais?

**28**. Como a OSC identifica as potencialidades de indivíduos e grupos?

**29**. Como a OSC atua na qualificação de entidades e organizações na sua atuação pela defesa e garantia de direitos? Essa atuação é de forma continuada e permanente?

RESPONDER SE A OSC MARCOU O ITEM 2 DA CARACTERIZAÇÃO:

**27**. Como a OSC apoia projetos inovadores de inclusão cidadã? Como realiza a divulgação?

**28**. Quais ações de enfrentamento a pobreza a OSC realiza?

RESPONDER SE A OSC MARCOU O ITEM 3 DA CARACTERIZAÇÃO:

**27**. Como a OSC favorece a inserção de indivíduos e grupos no mundo do trabalho?

**28**. Como a OSC potencializa o empreendedorismo na perspectiva da economia do trabalho?

**29**. Como a OSC estimula o desenvolvimento da autogestão e protagonismo?

RESPONDER SE A OSC MARCOU O ITEM 4 DA CARACTERIZAÇÃO:

**27**. Quais ações de publicização de materiais voltados a garantia de direitos ou da política de assistência social? Qual a frequência dessas ações?

**28**. Como a OSC fomenta o estudo e conhecimento sobre a assistência social e de direitos?

**29**. Como atua na avaliação e formulação da política da assistência social?

**30** A OSC possui vínculo com alguma instituição de ensino e pesquisa?

**Responder as perguntas abaixo para qualquer marcação da caracterização**

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

**32.** 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?

**33**. A OSC estabelece relações com outras organizações que atuam com o mesmo público? Quais? Como?

**34**. A OSC participa dos espaços de organização e participação social (Conselhos, Fóruns e Audiências públicas)? Quais/Como?

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

( ) sim ( ) não.

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

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

**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