**ANEXO 07**

**PLANO DE AÇÃO PARA O ANO XXXX**

**MODALIDADE DE INSCRIÇÃO: PROMOÇÃO DE AÇÕES DE INTEGRAÇÃO AO MUNDO DO TRABALHO**

**1.** Nome do Serviço:

**2.** Descrição

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

**3.** Público Alvo

( ) Beneficiários do Programa Bolsa Família;

( ) Pessoas inscritas no Cadastro Único;

( ) Pessoas com deficiência;

( ) Jovens do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e egressos;

( ) Adolescentes e jovens no sistema socioeducativo, egressos e suas famílias;

( ) Famílias com presença de trabalho infantil;

( ) Famílias com pessoas em situação de privação de liberdade;

( ) Famílias com crianças em situação de acolhimento provisório;

( ) População em Situação de Rua;

( ) Adolescentes e jovens no serviço de acolhimento e egressos;

( ) Indivíduos e famílias moradoras em territórios de risco em decorrência do tráfico de drogas;

( ) Indivíduos egressos do sistema penal;

( ) Pessoas retiradas do trabalho escravo;

( ) Povos e comunidades tradicionais;

( ) Público de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBTI+;

( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**. Qual a porcentagem de participantes que integram o público prioritário da assistência social? (resolução 01/2013 - CNAS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8.** 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 |

**9.** 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 |

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

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

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

**12.** Existem aspectos de acessibilidade?

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais ?

**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.** Como é garantida a continuidade das ações?

**21**. Os usuários contribuem de alguma forma com a participação do planejamento?

**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 será identificado o público alvo? Que metodologia será utilizada para identificação das potencialidades e desenvolvimento de habilidades de grupos e indivíduos?

**29**. Quais serão as oportunidades de encaminhamentos? Cursos de Qualificação Profissional? Intermediação de Mão de Obra? Parcerias com empresas? Feiras de emprego? Formalização para empreendedorismo? Dentre outros;

**30**. Como é realizado o monitoramento da inserção no mundo do trabalho?

**31**. A OSC atua na acessibilidade e apoio para a inclusão de pessoas com deficiência? Como isso acontece?

**32**. A OSC atua na execução de programas, projetos ou benefícios socioassistenciais que promovem a integração ao mundo do trabalho? Como isso acontece?

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

**34.** 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?

**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