**ANEXO 08**

**PLANO DE AÇÃO PARA O ANO XXXX**

**MODALIDADE DE INSCRIÇÃO: ATENDIMENTO COM AÇÕES DO PROGRAMA DE APRENDIZAGEM *Atenção! consultar a Lei da aprendizagem N°1097/2000 antes do preenchimento do plano.***

**1.** Nome do Serviço:

**2.** Descrição

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

**3.** Público Alvo

( ) Pessoas em situação de extrema pobreza;

( ) Integrantes de Programas Sociais;

( ) Beneficiários de Programas de Transferência de Renda;

( ) Famílias com renda per capita de até meio salário mínimo;

( ) Pessoas em situação de vulnerabilidade e ou risco social;

( ) Pessoas com deficiência.

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

**4**. É garantida a gratuidade, é exigido algum tipo de contraprestação ao usuário?

**5.** Qual a porcentagem de participantes da Formação Inicial e ou do Programa de Aprendizagem que integram o público prioritário da assistência social? (Resolução 01/2013 - CNAS)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quais são?

**6**. A entidade assegura a prioridade de contratação de Aprendizes de 14 a 18 anos?

( ) sim ( ) não

**7.** Qual a porcentagem do público da assistência social, concluintes da Formação Inicial em ações de inclusão produtiva (aprendizagem profissionalizante, economia solidária, qualificação profissional, etc)?

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

**9.** 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 |

**10.** 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 |

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

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

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

**13.** Existem aspectos de acessibilidade?

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais ?

**14.** 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.** 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**. A OSC realiza formação preparatório que antecede o encaminhamento para as entrevistas, para vagas de trabalho na condição de Aprendiz?

**29**. Quantas turmas serão ofertadas ao ano? Com quantas vagas por turma?

**30**. Quanto ao Programa de Aprendizagem: Quantos cursos validados junto ao Governo Federal a instituição possui? Qual a previsão de vagas para cada curso? Quantas turmas? Considerando o número de empresas parceiras e total de cotas de cada empresa.

***31****. Escreva sobre as atividades externas: (Caso tenham)*

**32**. A aprendizagem profissionalizante é compatível com a frequência escolar?

**33**. Como é realizado o acompanhamento da vida escolar do adolescente?

**34**. Como a entidade faz o acompanhamento do adolescente nas instituições empregadoras?

**35**. A entidade realiza avaliação do programa de aprendizagem, mediante registro, com a participação do aprendiz e da empresa?

**36**. Programa de Aprendizagem considera a lista dos Piores Tipos de Trabalho Infantil (Lista TIP da OIT) para desenvolvimento das atividades práticas permitidas a aprendizes com idade entre 14 e 18 anos? Como?

**37**. Possui declaração de validação dos cursos inscrito no Cadastro Nacional da Aprendizagem (CNAP do Governo Federal) ?( ) sim ( ) não (Atenção: Anexar cópia válida do documento).

**38**. Com quais instituições empregadoras a entidade possui contrato ou convênio para contratação dos adolescentes/jovens? (Anexar)

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

**40.** 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?

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

( ) sim ( ) não.

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

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

**42. 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.

**43. 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?

**44. 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