

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:

NOME DO SERVIÇO:

1.DESCRICÃO

Descrever em UM parágrafo no que consiste o Serviço.

2.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: _____

A) Como a OSC conhece as características da população e do território onde atua, identificando vulnerabilidades, riscos sociais e potencialidades?

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE PIRAQUARA
SECRETARIA EXECUTIVA DOS CONSELHOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

B) É garantida a gratuidade, é exigido algum tipo de contraprestação ao usuário?

C) Qual a forma de acesso ou encaminhamento dos usuários a esse serviço?

3. 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
Ex: TOTAL GERAL	144.800,00

4. INFRAESTRUTURA DESSE SERVIÇO

4.1 RECURSOS FÍSICOS DESSE SERVIÇO

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE
Ex: Recepção com 22,5 m ²	01
Ex: Sala para realização de Oficinas com 40,0 m ²	06

A) A estrutura física mencionada é compartilhada com outros projetos/serviços?

() Sim () Não Se sim, quais outros?

B) O espaço para realização das atividades é próprio da OSC?

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

C) Existem aspectos de acessibilidade?

() Sim () Não Se sim, quais ?

4.2 RECURSOS MATERIAIS DESSE SERVIÇO

4.2.1. Material Permanente. Preencher no quadro materiais como mobiliário, computador, impressora, entre outros:

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE
--------------------------------	------------

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE PIRAQUARA
SECRETARIA EXECUTIVA DOS CONSELHOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Ex: Mesas	25
Ex: Computador com acesso a internet	02

A) 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

4.2.2. Material de Consumo: Qual tipo de material de consumo principal para realização da proposta? A OSC possui material de consumo suficiente para realização da proposta?

A) Oferece lanches para os participantes? () sim () não Se sim, explique quando e como:

5. RECURSOS HUMANOS DESSE SERVIÇO

5.1 GESTOR / COORDENADOR DESSE SERVIÇO

Nome completo:

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

Curso: _____

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

Vínculo: Horas semanais:

5.2 EQUIPE DE REFERÊNCIA NÍVEL SUPERIOR DESSE SERVIÇO (Resolução CNAS nº 17 de 20/06/2011)

NOME	FORMAÇÃO	FUNÇÃO CARGO	REGISTRO DE CLASSE	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS DEDICADAS A ESSE SERVIÇO
Ex. Ana da Silva	Assistente Social	Assistente Social	Nº	CLT	30
Ex. Pedro da Silva	Psicólogo	Psicólogo	Nº	CLT	30
Ex. Juliane de Paula	Pedagoga	Pedagoga	Nº	CLT	30

5.3 EQUIPE DE REFERÊNCIA NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL DESSE SERVIÇO (Resolução CNAS nº 09/2014)

NOME	FORMAÇÃO	CARGO/ FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS
Ex. João de Souza	Médio	Cuidador	CLT	44
Ex. Maria da Silva	Médio	Cuidador	CLT	44
Ex. José da Silva	Superior	Cuidador	CLT	44
Ex. João de Souza	Médio	Cuidador	CLT	44
Ex. Carmem da Silva	Médio	Cuidador	CLT	44
Ex. Antonio da Silva	Superior	Cuidador	CLT	44

Ex. Paulo Roberto	Fundamental	Aux. Limpeza	CLT	44
-------------------	-------------	--------------	-----	----

6. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

A) Como é realizado o planejamento das ações?

B) Existe algum período de interrupção das atividades? () sim () não

C) Cronograma anual:

7. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DESSE SERVIÇO:

A) JUSTIFICATIVA
B) OBJETIVO GERAL
C) OBJETIVOS ESPECÍFICOS
D) PERIODICIDADE/CARGA HORÁRIA / CAPACIDADE DE ATENDIMENTO / VAGAS OFERTADAS
E) ESTRATÉGIAS E METODOLOGIA

Além da descrição das estratégias e metodologia da OSC, responder as perguntas a seguir:

a) Como os temas trabalhados no serviço de atendimento contribuem para a superação e prevenção de riscos pessoais e ou sociais, levando-se em consideração as características do seu território e o público alvo do serviço?

b) Quais registros serão realizados para comprovar a participação dos sujeitos envolvidos?

8. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL E ARTICULAÇÃO

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

B) Como é a articulação com a rede socioassistencial? Como promove acesso a benefícios e serviços socioassistenciais, fortalecendo a rede de proteção social de assistência social nos territórios?

C) Todos os participantes do serviço de atendimento são referenciados ao CRAS/CREAS? () sim () não.
Qual? _____
Técnico de referência: _____

9. 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, no desenvolvimento do trabalho.

Apresentar instrumental de avaliação a ser preenchido pelos usuários, além de estratégias de atendimento profissional onde sejam colhidas informações sobre as necessidades dos usuários e as suas percepções quanto a melhor forma de atendimento e tenha registro dessa coleta de informações. Outros exemplos: Reuniões com ata; Pesquisa de satisfação; Participação nas atividades propostas (lista de presença).

10. 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?

11. 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.

, / / Loca e data	 Nome do Responsável Legal Nome da Unidade
----------------------	---