MODELO – COLOCAR TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO

PLANO DE AÇÃO ANUAL: (inserir o ano vigente)

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Nome/ Razão Social:

CNPJ:

Endereço – Rua, nº, bairro, CEP:

Cidade/ UF:

Telefone:

WhatsApp:

E-mail:

Horário de funcionamento:

1.1.FINALIDADE ESTATUTÁRIA: De acordo com o Estatuto da Organização

1.2. BREVE HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO:

1.3. ABRANGÊNCIA DE ATENDIMENTO: cidade e região

2. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL:

Nome:

Endereço – Rua, nº, bairro, cep:

Telefone:

WhatsApp:

E-mail:

RG:

CPF:

Cargo na Entidade:

Data Início do Mandato:

Data do Término do Mandato:

3. ATIVIDADE PRINCIPAL: (Relacionado ao CNPJ)
(Citar todas as atividades que constam no cartão do CNPJ)

4. INSCRIÇÕES E CADASTRO DA ENTIDADE:

INSCRIÇÃO / CADASTRO	NÚMERO	VALIDADE
Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS		
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA		
Conselho Municipal do Idoso		
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS		
Outros: Qual?		
SIL – Sistema Integrado de Licenciamento		

5. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

5.1. Nível de Proteção: conforme a tabela da Tipificação

5.2. Nome do serviço: conforme a tabela da Tipificação

MODELO – COLOCAR TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO

5.3. Nome do Responsável Técnico:

5.3.1. Profissão:

5.3.2. Cargo:

5.4. Objetivo Geral: de maior amplitude, só será alcançado pela somatória das várias ações e atividades. Deve ser claro e consistente, expressando o impacto mais geral do projeto.

5.5. Objetivos Específicos: são desdobramentos do objetivo geral, expressando o que se pretende alcançar com o projeto, através dele determinam-se os recursos, as atividades e os resultados esperados.

Objetivos específicos (Listar abaixo):	Atividades Desenvolvidas	Periodicidade (diário, semanal, mensal, outros)	Resultados esperados quantitativos	Resultados esperados qualitativos

5.6. Público Alvo:

5.7. Capacidade de atendimento mensal: Total de usuários ou famílias atendidas com recursos próprios e/ou recurso público da política de assistência social.

5.7.1. Meta Financiada com Recursos Públicos:

5.7.2. Recursos financeiros públicos a serem utilizados:

	VALOR
RECURSOS HUMANOS	
RECURSOS OPERACIONAIS	
RECURSOS MATERIAIS	

5.8. Abrangência territorial: (considerar o CRAS/CREAS de referência)

5.9. Metodologia: Descrever os métodos para execução deste serviço, de forma clara e objetiva, englobando os seguintes itens: dia e horário em que as atividades acontecem, as ferramentas utilizadas para o desenvolvimento das atividades e alcance dos objetivos, bem como as utilizadas para monitoramento e avaliação dos resultados.

Descrever a forma como esta Organização incentivará a participação dos usuários na avaliação das ações do serviço.

5.10. Descreva o cronograma de atividades

Descrição (copiar do quadro 5.5 – Atividades)	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez

Obs: Descreva o cronograma de acordo com os dias de funcionamento do serviço.

5.11. Recursos Humanos Citar todos os profissionais que compõe este serviço

Profissão	Cargo	Carga horária	Regime de Contratação	Nº de profissionais

MODELO – COLOCAR TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obs: Descreva o cronograma de acordo com os dias de funcionamento do projeto.

6.11. Recursos Humanos Citar todos os profissionais que compõe este projeto

Profissão	Cargo	Carga horária	Regime de Contratação	Nº de profissionais

Importante: Caso a organização execute mais de um projeto, copiar os itens do 6 ao 6.11.

6.12. ORIGENS DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ORGANIZAÇÃO:

Origem do Recurso	Fonte	Valor
MUNICIPAL	Assistência Social (citar cada serviço separadamente)	
	FUMDECA (citar cada projeto separadamente)	
	FMI (citar cada projeto separadamente)	
	Outros (Citar)	
ESTADUAL	Assistência Social (citar cada serviço separadamente)	
	Outros (Citar)	
FEDERAL	Assistência Social (citar cada serviço separadamente)	
	Outros (Citar)	
Empresas Privadas	Citar quais as empresas separadamente	
Próprios	Citar as formas de arrecadação	
TOTAL		

Data: / /

Nome e assinatura do Responsável Técnico pelo preenchimento	Nome e assinatura do Presidente
--	--

MODELO – COLOCAR TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO

NÃO PRECISA IMPRIMIR/ENTREGAR ESSA TABELA JUNTO COM O PLANO.

Proteção Social Básica		<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF; 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.
Proteção Social Especial	Média Complexidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI; 2. Serviço Especializado em Abordagem Social; 3. Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida – LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade – PSC; 4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; 5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
	Alta Complexidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: <ul style="list-style-type: none"> - Abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. 2. Serviço de Acolhimento em República; 3. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; 4. Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.