

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SUAS FAMÍLIAS

OBS: O plano de trabalho deverá ser impresso em papel timbrado da Organização da Sociedade Civil e assinado pelo presidente e do(s) técnico(s) responsáveis.

Nome da ONG:
Nome do Projeto:
Período de Realização:

1. DADOS DA ORGANIZAÇÃO

NOME: _____

REGISTRO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ):

ORÇAMENTO DA PROPONENTE PARA 2019: R\$ _____

CIDADE: ESTADO: CEP: TELEFONE: () FAX: ()

CORREIO ELETRÔNICO/ E-MAIL _____

PÁGINA ELETRÔNICA (caso tenha): _____

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS DA ORGANIZAÇÃO

Responsável pela assinatura do contrato:

(aquele a quem o estatuto da organização confere poderes para representá-la judicial e extrajudicialmente):

NOME COMPLETO: _____

NÚMERO RG: _____ CPF _____

DESIGNAÇÃO DO CARGO: _____

ELEIÇÃO/NOMEAÇÃO REALIZADA EM ____/____/____

MANDATO DE _____ ANOS

COM INÍCIO EM ____/____/____ E TÉRMINO EM ____/____/____

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

3. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

Apresentar um breve histórico da organização e de suas áreas de atuação.

4. EXPERIÊNCIAS ANTERIORES:

Descrever as experiências anteriores na execução de serviços e ou projetos afetos ao público alvo e parcerias já pactuadas.

5. ARTICULAÇÃO/PARCELIAS:

Descrever a metodologia de articulação e parcerias a serem estabelecidas para garantir o alcance dos objetivos específicos e metas do plano de trabalho.

6. DADOS DO SERVIÇO

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PROJETO:

Nome	Instituição	Cargo/Função

7. DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO PROJETO

Repasse: FMAS R\$ _____/ANO SENDO R\$ FEDERAL ; R\$ ESTADUAL; R\$ MUNICIPAL

Contrapartida da organização para execução do projeto: R\$ _____

VALOR TOTAL DO PROJETO R\$ _____

8. DESCRIÇÃO DO PROJETO:

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), Serviço para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.

O serviço tem a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. Deve contar com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários. A ação da equipe será sempre pautada no reconhecimento do potencial da família e do cuidador, na aceitação e valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador, decorrente da prestação de cuidados diários prolongados. As ações devem possibilitar a ampliação da rede de pessoas com quem a família do dependente convive e compartilha cultura, troca vivências e experiências. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. Soma-se a isso o fato de que os profissionais da equipe poderão identificar demandas do dependente e/ou do cuidador e situações de violência e/ou violação de direitos e acionar os mecanismos necessários para resposta a tais condições. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência.

9. JUSTIFICATIVA / DIAGNOSTICO DO TERRITÓRIO :

Descrever com argumentos consistentes o problema que se procura enfrentar, diagnóstico do território de abrangência de Itanhaém. Citar as fontes utilizadas. (Máximo de 50 linhas -)

10. OBJETIVOS -

10.1 OBJETIVO GERAL :

10.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

11. METAS

11.1 QUANTITATIVAS

CÓDIGO DA META	META QUANTITATIVAS	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	PERÍODO	FERRAMENTA DE MEDIÇÃO	RESULTADO ESPERADO
01							
02							
03							
[...]							

Obs.: **As metas quantitativas acima elencadas estão estabelecidas como parte integrante do plano de trabalho pela gestão**, não podendo ser excluídas. A OSC poderá prever outras metas para cumprimento dos objetivos específicos .

11.2 QUALITATIVAS

CÓDIGO DA META	METAS QUALITATIVAS Objetivos específicos ** Relacionar a referencia objetivo especifico x atividades	ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO	FERRAMENTA DE MEDIÇÃO	RESULTATOS ESPERADOS	RESULTADOS ALCANÇADOS (a ser apresentados nos relatórios mensais)

Obs.: As metas qualitativas estão ligadas aos objetivos específicos / como chego ao alcance desses /quais atividades serão realizadas para alcance dos objetivos específicos .

12. PÚBLICO ALVO

13. ABRANGENCIA TERRITORIAL

14. CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

15. HORÁRIO DE ATENDIMENTO

16. ORÇAMENTO – CONSIDERANDO ORIENTAÇÕES DO TRIBUNAL DE CONTAS

ATIVIDADE	INSUMOS	REPASSE SOLICITADO	CONTRA-PARTIDA	TOTAL
TOTAL	-----			

****Insumos:** recursos utilizados - materiais, financeiros ou humanos.

Ex.: contratação de RH, equipamentos, etc.

Os insumos utilizados em uma mesma atividade poderá constar em uma única desde que justificado o bloco

Ex Custo de material de escritório atividade 01/02 etc

Lembrando que os custos devem estar separado por categoria de despesas

17. RECURSOS HUMANOS:

Recursos Humanos específicos para execução do projeto a ser avaliado

Quantidade	Função	Formação Acadêmica	Carga Horária/Semanal	Tipo de Vínculo

1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:

RECURSO PÚBLICO:

1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$

RECURSOS PRÓPRIOS:

1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês
7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês

18. TOTAL DE RECURSOS DO PROJETO POR CATEGORIA DE DESPESAS

Recursos Humanos/encargos trabalhista	R\$	Conforme RHNOBSUAS
Custeio	R\$	Insumos (são gastos previsíveis e contínuos que devem acontecer para que o trabalho funcione sem interrupção)
Total	R\$	Este valor é igual ao total da coluna de repasse no orçamento

Assinatura

Presidente ou Representante Legal

Assinatura

Técnico Responsável