**ANEXO I - REQUERIMENTO**

**Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal Dos Direitos da Criança e do Adolescente de Capivari de Baixo**

**1- REQUERIMENTO**

**1.1. Informações sobre o Requerimento**

Entidade governamental - A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra- assinado, vem requerer/renovar **inscrição dos programas governamentais de atendimento**| |nesse Conselho, conforme os dados abaixo descritos.

( ) 1º Requerimento para inscrição do(s) programa(s)

( ) Renovação da inscrição do(s) programa(s)

Entidade não-governamental - A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer/**renovar registro da entidade e inscrição de programas de atendimento nesse Conselho**, conforme os dados abaixo descritos.

() 1º Requerimento para registro da entidade e inscrição de programas

( ) Renovação de registro da entidade

( ) Renovação da inscrição do(s) programa(s)

**2- CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE**

2.1.Informações Gerais

Nome da entidade:

Endereço da sede: CEP:

Bairro: Cidade:

CNPJ: Data da Inscrição do CNPJ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

E-MAIL (Instituição):

Telefone da entidade: FAX:

Entidade com sede/atuação em outros municípios ( )Sim ( )Não

Qual(is)?

**2.2.Informações de outros endereços onde são desenvolvidos programas** (quando houver)

Nome do programa:

Endereço: CEP:

Bairro: Cidade:

Telefone: FAX:

**2.3. Inscrição e/ou Certificação**

A entidade possui registro/inscrição nas respectivas esferas dos Conselhos:

Municipais: ( ) Assistência Social ( )Saúde ( )Educação ( ) Criança e Adolescente ( ) Outros. Quais?

Estaduais? Quais?

Certificações Federais

( ) Ministério do Desenvolvimento Social

( ) Ministério da Saúde

( ) Ministério da Educação

( ) Outros: Quais?

**2.4. Dados do representante legal (presidente da entidade)**

Nome: Data de nasc:

RG: CPF:

Endereço: CEP:

Bairro: Cidade:

Telefone: Celular:

E-MAIL:

Formação:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Superior completo – Curso:

( ) Superior incompleto — Curso:

( ) Especialização – Curso:

( ) Mestrado – Curso:

( ) Doutorado – Curso:

Período do mandato: \_/\_ /\_ a \_/\_/\_

**2.5. Dados do Diretor/Coordenador da entidade**

Nome: Data de nasc:

RG: CPF:

Endereço: CEP:

Bairro: Cidade:

Telefone : Celular:

E-mail:

Formação:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Superior completo - Curso :

( ) Superior incompleto – Curso:

( ) Especialização – Curso:

( ) Mestrado - Curso:

( ) Doutorado – Curso:

1. **CARACTERIZAÇÃO DOS REGIMES DE ATENDIMENTO**

3.1. Especificar o(s) Regime(s) de Atendimento do (s) programa(s), nos termos do Art.90 incisos I a VII e §1º, da Lei nº 8.069/90, alterado pela Lei 12.010/09, quais sejam:

( ) **Orientação e apoio sociofamiliar** - Entende-se por regime de orientação e apoio Socio familiar os programas que atendam diretamente as famílias, inclusive as gestantes, com o oferecimento de tratamento, assistência jurídica, acompanhamento social ou fornecimento de bens e serviços voltados ao resgate e/ou fortalecimento de vínculos afetivos, superação de situações de conflito familiar e/ou violência, provimento de necessidades básicas ou alternativas de geração de renda familiar.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Apoio sócio - educativo em meio aberto** - Entende-se por regime de apoio sócio - educativo em meio aberto os programas que atendem diretamente crianças ou adolescentes visando se preparo para o exercício da cidadania enquanto agentes transformadores de sua realidade, com atividades de esporte, lazer ou cultura, em período oposto ao escolar e/ou de tratamento acompanhamento ou orientação para crianças ou adolescentes, inclusive as vítimas de ameaças ou violação aos seus direitos.

Nome do (s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Colocação Familiar** - Entende-se por regime de colocação familiar os programas dirigidos às crianças e adolescentes privados de convivência familiar, visando sua inserção em família substituta através do incentivo e apoio a guarda, tutela ou adoção, compreendendo as atividades de cadastramento e preparo das famílias, estudos sociais, campanhas de sensibilização e/c divulgação e, ainda, a orientação, encaminhamento e acompanhamento dos devidos procedimentos legais.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Acolhimento Institucional** - Entende-se por regime de acolhimento institucional os programas que atendem crianças e adolescentes privados de convivência familiar, através do acolhimento provisório e provimento integral das necessidades básicas, observados os critérios dispostos no Ai 92, 93 e 94 da Lei nº 8.069/90, alterada pela Lei nº 12.010/09 e Manual de Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA e Conselho Nacional da Assistência Social - CNAS de fevereiro de 2008.

Nome do (s) Programa (s) vinculados a este regime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Liberdade Assistida** - Entende-se por regime de liberdade assistida os programas que atendem adolescentes autores de ato infracional sob medida socioeducativa de “liberdade assistida: ou “prestação de serviços à comunidade” determinada pela autoridade judiciária, observado disposto no artigo 118 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Semiliberdade** - Entende-se por regime de semiliberdade os programas que atendem adolescentes autores de ato infracional sob medida socioeducativa de “semiliberdade” determinada pela autoridade judiciária, observando o disposto no Art. 120 da Lei nº 8.069/90.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Internação** - Entende-se por Regime de Internação, medida privativa de liberdade, sujeita aos: princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Nome do(s) Programa (s) vinculados a este regime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5 — INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Termos em que, pede deferimento.

Capivari de Baixo,\_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE

**ANEXO II- PLANO DE AÇÃO**

**1 - DADOS GERAIS DA ENTIDADE/ORGANIZAÇÃO**

**1.1. Caracterização da entidade:**

**Nome da entidade:**

**Dados da sede:** ( )Própria ( )Cedida ( )Alugada

Obs.: Em caso de aluguel acrescentar o contrato de locação.

**Horário de funcionamento:**

( ) Matutino/Vespertino - Horário:

( ) Matutino - Horário:

( ) Vespertino - Horário:

( ) Noturno — Horário:

( ) Matutino/Vespertino e Noturno — Horário:

**1.2. Histórico sobre a criação da entidade:** apresentar um breve histórico da entidade (máximo 30 linhas).

**1.3. Abrangência territorial:** especificar o território de abrangência (bairros de Capivari de Baixo e/ou municípios vizinhos).

**1.4. Infraestrutura:** informar aspectos gerais dos espaços físicos da sede da entidade, assim como das filiais/subsedes (salas, recepção, etc).

**1.5. Recursos financeiros previstos:** informar origem e valores dos recursos financeiros previstos para manutenção da entidade, anualmente:

Doações de Associados R$ \_\_\_\_\_\_

Promoções Próprias R$ \_\_\_\_\_\_

Doações R$ \_\_\_\_\_\_

Mensalidade R$ \_\_\_\_\_\_

Contribuições de associados R$ \_\_\_\_\_\_

Repasse Municipal (convênios, subvenção social) R$ \_\_\_\_\_\_

Repasse Estadual (convênios, subvenção social) R$ \_\_\_\_\_\_\_

Repasse da União (convênios, subvenção social) R$ \_\_\_\_\_\_

Outros R$ \_\_\_\_\_\_\_

TOTAL R$\_\_\_\_\_\_\_

**Parte II**

**2 - DADOS ESPECÍFICOS DOS PROGRAMAS DESENVOLVIDOS NO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO**

(Para cada programa, preencher os dados relacionados a parte Il deste anexo)

Nome do programa:

Endereço do local onde é executado:

Bairro:

E-mail:

Telefone(s): FAX:

Dias da semana que é executado:

Horário em que é executado:

**2.1. Objetivo Geral:**

Descrever qual a finalidade geral do programa, levando em consideração os resultados junto ao público-alvo que se pretende alcançar.

**2.2. Objetivos Específicos:**

Descrever os objetivos intermediários, necessários para que se alcance o objetivo geral.

**2.3. Público Alvo:**

Citar quem é o público alvo do programa, descrevendo as características que identifiquem o perfil dos destinatários das ações como idade, fases da vida (criança, adolescentes, famílias).

**2.4. Critérios adotados para inserção dos usuários na entidade:**

Descrever os critérios de seleção do público alvo, considerando o tipo de atendimento do programa e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social, idade, renda familiar, entre outros fatores.

**2.5. Forma de acesso do usuário ao programa:**

(Assinalar a forma de acesso do usuário ao Programa)

( ) Por procura espontânea

( ) Por busca ativa

( ) Por encaminhamento do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS

( ) Por encaminhamento do Centro Especializado da Assistência Social - CREAS

( ) Por encaminhamento de outra (s) entidade (s) da rede socioassistencial

( ) Por encaminhamento de outra política pública e/ou Sistema de Garantia de Direitos

**2.6. Capacidade de atendimento:** nº de vagas total que podem ser disponibilizadas aos usuários e famílias atendidas no município.

**2.7. Metas e Ações** - descrever o que se pretende realizar no ano:

Meta(s) Ação(ões)

1- Ex. Ampliar o atendimento de crianças de 0 a 6 anos Realizar busca ativa na comunidade

Ampliar o espaço físico

Contratar novos profissionais

2-

3-

4-

**3 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES:**

Descrever de que forma se dará o monitoramento e avaliação do trabalho, que possibilite observar se os objetivos foram alcançados junto aos usuários e/ou rede de serviços.

**Assinatura e carimbo do representante legal da entidade**

**Assinatura e carimbo do responsável técnico do(s) programa(s)**

Termos em que, pede deferimento.

Capivari de Baixo,\_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_

**ANEXO III - RELATÓRIO DE AÇÕES DO ANO DE \_\_\_\_\_\_**

**1 - DADOS GERAIS DA ENTIDADE**

Nome da entidade:

Dados da sede: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada

Obs.: Em caso de aluguel acrescentar o contrato de locação.

Horário de funcionamento:

( ) Matutino/Vespertino - Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Matutino - Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Vespertino - Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Noturno - Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Matutino/Vespertino e Noturno - Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2- AÇÕES E RESULTADOS** (Especificar as ações de cada programa de atendimento a criança e ao adolescente).

**Nome do Programa:**

Ações Desenvolvidas: Resultados Alcançados:

**3 - Número de usuários atendidos no ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4 - Número de famílias atendidas no ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5 - Forma de acesso do usuário ao programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Origem da demanda: Quantidade de usuários:**

( ) Por procura espontânea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Por busca ativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) CRAS - Por encaminhamento do Centro de Referência da Assistência Social: \_\_\_\_\_

( ) CREAS - Por encaminhamento do Centro Especializado da Assistência Social: \_\_\_\_\_\_\_

( ) Por encaminhamento de outra (s) entidade (s) da rede socioassistencial: \_\_\_\_\_

( ) Por encaminhamento de outra política pública e/ou Sistema de Garantia de Direitos:\_\_\_\_

1. **PROGRAMAS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR** (item especifico para programa de acolhimento institucional ou familiar)

**Situação Resultado / Quantidade**

Crianças e adolescentes abrigados durante o ano: \_\_\_\_\_\_\_\_

Crianças e adolescentes desabrigados durante o ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Índices de sucesso na reintegração familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Índices de sucesso na adaptação à família substituta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do representante legal da entidade**

**Assinatura e carimbo do responsável técnico do(s) programa(s)**

Capivari de Baixo,\_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_

**ANEXO IV — RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS E DEMAIS ENVOLVIDOS NOS PROGRAMAS**

**1 - RECURSOS HUMANOS** (Descrever as funções desempenhadas por todos os profissionais e demais envolvidos nos programas de atendimento a criança e ao adolescente).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Formação  Profissional | Nº do Registro profissional | Cargo função no programa | Programa(s) que atua | Função no programa | Carga horária na entidade | Natureza do Vínculo (CLT, Prestador de serviços, voluntário, efetivo) |
| Ex:Maria  sobrenome | Pedagoga | xxx | Orientadora | Oficina terapeutica | Orientadora pedagógica | 40h semanais | Efetiva (Estadual) |
| Ex:Pedro  sobrenome | Assist. social | xxx | Assist. social | Educ. trabalho | coordenador | 20h mensais | CLT |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Capivari de Baixo, \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do representante legal da entidade**

Demais documentos solicitados em anexo: