**ANEXO I**

**(Timbre da OSC)**

**ELABORAÇÃO DA PROPOSTA**

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO**  |
| **1.1. Do Projeto** |
| Nome |

|  |
| --- |
| **Atuação por Eixo: (assinale a proposta adequada ao seu Projeto)** |
|  | Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes em situação de risco pessoal e social, com idade desde o nascimento até 17 anos e 11 meses. |  | Convivência institucional e de prevenção à violação dos direitos humanos, por meio de ações complementares a escola, direcionadas a Crianças e Adolescentes. |
|  | Ações de incentivo ao protagonismo social, visando garantir a qualidade de vida da Pessoa Idosa, promoção do atendimento em convivência institucional sem regime de moradia. |  | Ações de incentivo ao protagonismo social, visando garantir a qualidade de vida das Pessoas com Deficiência e Mobilidade Reduzida, promoção do atendimento em convivência institucional sem regime de moradia. |
|  | Atendimento direcionado as famílias de dependentes químicos, no processo de reabilitação em Comunidades Terapêuticas. |

|  |
| --- |
| **Público Alvo** |
| Deve identificar a quem se destinam as ações e o número de pessoas a serem beneficiadas no projeto. |

|  |
| --- |
|  **Abrangência do Projeto (Estado, Cidade)** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  **Prazo de Execução**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Valor do Projeto** |
|  |

|  |
| --- |
| **1.2. Da Organização** |
| Nome |
|  |
| Endereço |
|  |
| Município | Estado | CEP |
|  |  |  |
| Telefones | CNPJ |
|  |  |

|  |
| --- |
| **1.3. Do Representante Legal** |
| Nome |
|  |
| Endereço |
|  |
| Município | Estado | CEP |
|  |  |  |
| Telefones | E-mail |
|  |  |
| Documentação |
| Nº. Identidade | Data da Expedição | Órgão | CPF |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1.4 Do Representante Técnico** |
| Nome |
|  |
| Formação |
|  |
| Telefones | E-mail |
|  |  |

|  |
| --- |
| **2. HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO** |
| Deve ser apresentado um breve histórico da organização. O que é, qual sua missão, quais as principais fontes de recursos, quem a constitui, quanto tempo de existência, qual seu foco de atuação, quais seus principais objetivos, como ela é dirigida? |

|  |
| --- |
| **3. ÁREA DE ATENDIMENTO** |

|  |
| --- |
| **4. OBJETO DA PARCERIA** |

|  |
| --- |
| **5. APRESENTAÇÃO DO PROJETO** |
| Deve ser apresentado de forma sucinta do que se trata o projeto, esclarecendo se este já foi executado, se está em andamento ou se será realizado pela primeira vez. Em que realidade o objeto da parceria vai atuar? Onde será desenvolvido? Quem é o público alvo do projeto, faixa etária, escolaridade, etnia. Como a comunidade vai participar do projeto?  |

|  |
| --- |
| **6. DESCRIÇÃO DA REALIDADE** |
| Deve oferecer uma visão geral da questão social ou da demanda existente em relação à qual o projeto pretende intervir, localizar onde o projeto será desenvolvido, definir sua abrangência, apresentar justificativas fundamentando a razão pela qual o projeto deve ser financiado. |

|  |
| --- |
| **7. FORMA DE EXECUÇÃO** |
| Deve ser explicitado o COMO FAZER do projeto, conceitos adotados, começo, meio e fim do projeto adotado, as técnicas e os instrumentos a serem empregados e a forma de integração dos públicos atendidos. Detalhar as etapas e as principais funções da equipe.  |

|  |
| --- |
| **8. DESCRIÇÃO DE METAS** |
| Devem ser explicitadas de forma quantitativa. As metas tem que ser claras, pois as mesmas servirão de parâmetros para a aferição dos resultados. |

|  |
| --- |
| **9. INDICADORES** |
| Devem demonstrar a partir de dados da realidade concreta, a relação entre o previsto e o realizado/alcançado citando os meios de verificação.Ex.: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicadores** | **Meios de Verificação** | **Periodicidade** |
| (x) Idosos inseridos...... | Registros Operacionais, Relatórios... | Semanal, Diariamente |

|  |
| --- |
| **10. RESULTADOS ESPERADOS** |
| Deve enumerar todos os resultados esperados e apresentar os benefícios gerados e auferidos pelos beneficiários após a execução do projeto. |

|  |
| --- |
| **11. EQUIPE TÉCNICA** |
| Deve apresentar a equipe técnica envolvida no projeto (profissionais responsáveis pela elaboração, execução e avaliação do projeto). Mencionar a qualificação técnica de cada integrante da equipe e respectivo registro no Conselho da Categoria Profissional,quem irá coordenar o projeto. Ex.: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Profissional** | **Qualificação Técnica** | **Natureza do Vínculo** | **Função no Projeto** |
| Maria Helena | Assistente Social | CLT | Coordenador |

|  |
| --- |
| 1. **CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICO (META, ETAPA, FASE)**
 |
| Descrever a meta, etapa ou fase |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicador Físico** | **Duração** |
| Unidade | Quant. | Início | Término |

|  |
| --- |
| 1. **CRONOGRAMA FINANCEIRO:**
 |
| Especificar de que forma será utilizado o recurso financeiro? Com o que? Com quem? Em quais ações? |

|  |
| --- |
| **14. ACESSIBILIDADE** |
| Seu projeto prevê medidas de acessibilidade? Quais as formas e meios? |

|  |
| --- |
| **15. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** |
| Local e data: , de de |
| Responsável TécnicoNome e Registro Profissional |

***Observação Importante:***

O Projeto deverá ser elaborado em papel timbrado da Organização Proponente, fonte “Times New Romam 12”, formato A4, espaço simples e com as tabelas em formato retrato, contendo assinatura e rubrica, em todas as páginas, do representante legal da organização Proponente e do responsável técnico. Enviar para:

*A Senhora*

***Elisa Cleia Pinheiro Rodrigues Nobre***

*Secretária de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho*

*Av. Desembargador José Nunes da Cunha, S/Nº, Bloco III*

*Parque dos Poderes, Campo Grande/MS.*

*Ref. Número do Edital, “título do projeto”*