**ANEXO I**

**(Timbre da OSC)**

**ELABORAÇÃO DA PROPOSTA**

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** |
| **1.1 Da Proposta** |
| NOME |
| **Eixo da atuação** |
|

|  |
| --- |
| Execução de Serviço Regionalizado de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com deficiência, com idade entre 18 a 59 anos completos, de ambos os sexos, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar, decorrente de rompimento ou fragilização de vínculos familiares, em Residência Inclusiva Regionalizada, para atender aos casos dos Municípios cujas demandas e condições de gestão dificultem e impossibilitem a implantação do serviço, em consonância com pressupostos da Resolução CNAS n° 109, de 11 de novembro de 2009 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais), Orientações Técnicas sobre os Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva (MDS/2014), Lei Federal n° 13.146/2015 (Lei Brasileira deInclusão). |
| **Público Alvo** |
| Jovens e adultos com deficiência, com idade entre 18 a 59 anos completos, de ambos os sexos, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar, decorrente de rompimento ou fragilização de vínculos familiares. |
|  |
| **Prazo de Execução** |
| 12 meses |
| **Valor da Proposta** |
|  |
| **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 OSC; qual sua missão, quais as principais fontes de recurso, quem a constitui, quanto tempo atua, qual seu foco de atuação, quais seus principais objetivos, qual sua experiência de atuação voltada às pessoas com deficiência (demonstrada através de documentações). |
| **3. OBJETO DA PARCERIA** |
| Descrever o objeto da parceria qual seja, execução de serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade – Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência com idade entre 18 a 59 anos completos, em Residência Inclusiva Regionalizada, localizada no Município de xxxxxx - MS, com capacidade para acolher até 13 (treze) jovens e adultos com deficiência. |
| **4. ÁREA DE ATENDIMENTO** |
| Descrever a área de atendimento, compreendida na Proteção Social Especial do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). |
| **5. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA** |
| A unidade deve ofertar o Serviço de Acolhimento Institucional e compor a Proteção Social Especial do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em consonância com pressupostos da Resolução CNAS n° 109, de 11 de novembro de 2009 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais), Orientações Técnicas sobre os Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva (MDS/2014), Lei Federal n° 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão).Deve ser apresentado de forma sucinta do que se trata a proposta, esclarecendo se a mesma já foi executada pela instituição proponente, se está em andamento ou se será realizada pela primeira vez. Em que realidade o objeto da parceria vai atuar? Onde será desenvolvido? Quais as ações a serem desenvolvidas, levando em conta as peculiaridades do público atendido, as diversas faixas etárias, especificidades de gênero, raça, etnia e/ou outras. |
| **6. DESCRIÇÃO DA REALIDADE** |
| Deve oferecer uma visão geral da questão social ou da demanda existente em relação à qual a proposta pretende intervir, localizar onde os serviços serão desenvolvidos, definir sua abrangência, apresentar justificativas fundamentando a razão pela qual a proposta deve ser implementada e a metodologia adequada para o desenvolvimento das ações a serem executadas, levando em conta a especificidade do Serviço, para o alcance dos resultados pretendidos. |
| **7. FORMA DE EXECUÇÃO** |
| Devem ser explicitadas a metodologia na execução do serviço, conceitos adotados, as técnicas e os instrumentos a serem empregados, a forma de integração do público atendido em consonância aos objetivos da Política da Assistência Social. A natureza da despesa e as principais funções da equipe, relacionando-as aos trabalhos a ser efetuados, tais como realizar acolhida; escuta qualificada; desenvolvimento e estímulo do convívio familiar, grupal e social; estudo social; apoio à família na sua função protetiva; cuidados pessoais; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; construção do Plano Individual/Familiar de Atendimento; elaboração do Projeto Político Pedagógico; orientação sociofamiliar; acompanhamento e monitoramento dos encaminhamentos realizados; elaboração de relatórios e/ou prontuários; trabalho interdisciplinar; informação, comunicação e defesa de direitos; orientação para acesso a documentação pessoal; atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; preparação para o desligamento (se for o caso); acesso à alimentação em padrões nutricionais adequados e adaptados a necessidades específicas; mobilização para o exercício da cidadania e outras políticas públicas setoriais e de defesa de direitos; monitoramento e avaliação do serviço; organização de banco de dados e informações sobre o serviço. |
| **8. DESCRIÇÃO DE METAS** |
| Descrever as metas e prazos para alcançar os objetivos pretendidos e execução das ações a serem desenvolvidas, em conformidade à Política da Assistência Social, a fim de ofertar proteção integral, por meio de acolhimento institucional para até 13 jovens e adultos com deficiência, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 anos a 59 anos completos, em situação de vulnerabilidade e risco social, atendidos em Residência Inclusiva Regionalizada.As metas devem ser explicitadas de forma quantitativa e clara, 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. |
| **Indicadores** | **Meios de Verificação** | **Periodicidade** |
| Jovens e adultos com deficiência | Registros Operacionais, Relatórios, Plano Individual de Atendimento (PIA), Projeto Político Pedagógico (PPP). | Diário, semanalou semestral. |
| **10. RESULTADOS ESPERADOS** |
| Deve enumerar todos os resultados esperados e apresentar os benefícios gerados e auferidos pelos residentes durante e após a execução do serviço. |
| **11. AMBIENTE FÍSICO** |
| Deve descrever as características das instalações físicas da unidade, adequadas para atender todas as especificidades do público a ser contemplado na execução do serviço em conformidade aos pressupostos da Resolução CNAS n° 109, de 11 de novembro de 2009 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais), Orientações Técnicas sobre os Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva (MDS/2014), Lei Federal n° 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão) e Normas da ABNT. |
| **12. PREVISÃO DE EQUIPAMENTOS** |
| Devem ser explicitados os equipamentos de forma descritiva e quantitativa, capazes de atender as especificidades do público a ser contemplado na execução da proposta. |

 |
| **13. PROPOSTA DE ATIVIDADES** |
| Devem apresentar propostas para oferta de atividades internas e externas, contendo grade de rotina, demonstrando a diversidade e aplicabilidade das mesmas. |
| **14. EQUIPE TÉCNICA** |
| Deve apresentar ficha técnica da equipe envolvida na proposta (profissionais responsáveis pela elaboração, execução e avaliação do serviço), apresentar documentação referente a qualificação técnica de cada integrante da equipe e de quem irá coordenar o serviço, suas experiências com foco em ações direcionadas a jovens e adultos com deficiência e respectivos registros no Conselho da Categoria Profissional (se for o caso). |
| **Nome do Profissional** | **Qualificação Técnica** | **Natureza do****Vínculo** | **Função na Proposta** |
|  |  |  |  |
| **15. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICO (META, ETAPA, FASE)** |
| Descrever a meta, etapa, fase |
| **Indicador Físico** | **Duração** |
| Unidade | Início | Término |
| **16. CRONOGRAMA FINANCEIRO** |
| Especificar de que forma será utilizado o recurso financeiro, com a respectiva distribuição dos recursos nas rubricas, indicando: Com o que? Com quem? Em quais atividades? Qual o valor global da proposta? |
| **17. ACESSIBILIDADE** |
| Sua proposta prevê medidas de acessibilidade? Quais as formas e meios?Considerando a Lei Federal n° 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão) e as Normas da ABNT. |
| **18. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** |
| Local e Data:  |
| Responsável TécnicoNome e Registro Profissional: |

**Observação Importante:**

A Proposta deverá ser elaborada em papel timbrado da Organização Proponente, fonte “colibri 12”, formato A4, espaço simples e com as tabelas em formato retrato, contendo assinatura, do representante legal da organização proponente e do responsável técnico. Enviar para:

A Senhora

Patrícia Elias Cozzolino de Oliveira

Secretaria de Estado de Assistência Social e dos Direitos Humanos.

Av. Desembargador José Nunes da Cunha, s/nº, Bloco III, Parque dos Poderes

Campo Grande MS, CEP 79.031-310

Ref. Número do Edital – Lote 01 - Município de Três Lagoas – MS