# ANEXO I INSCRIÇÃO OU MANUTENÇÃO

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DOS ÚLTIMOS 12 MESES**

*Este relatório deverá ser preenchido para cada unidade executora informada no Requerimento de Inscrição ou no Requerimento de Manutenção de Inscrição onde são realizadas as atividades de cada serviço, programa, projeto e/ou benefício conforme a tipificação vigente da rede socioassistencial.*

**A - DADOS DA ENTIDADE** (sede administrativa)

Nome da Entidade:

CNPJ:

Data de inscrição no CNPJ:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Telefones:

CNAE (Código Nacional de Atividade Econômico) Principal: Supervisão de Assistência Social - SAS de referência:

**B - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

*Os itens abaixo deverão ser descritos para cada um dos serviços, programas, projetos e ou benefícios socioassistenciais, prestado pela entidade no contexto da Assistência Social.*

CNPJ:

Endereço:

Bairro: CEP:

Município: UF:

Telefone: Email:

Supervisão de Assistência Social - SAS de referência:

**B.1) NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL**

**B.1.1) PÚBLICO-ALVO**

*Caracterizar e quantificar o público-alvo de acordo com o perfil atendido em cada serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial, considerando: idade, fases da vida (criança, adolescentes, jovens, idosos e famílias), gênero, escolaridade, raça/etnia; e, principalmente, descrever quais foram às variáveis de situações de vulnerabilidade social (altíssima, alta, média ou baixa) e/ou risco pessoal e social conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Norma Operacional Básica (NOB- SUAS) e demais legislações da área de Assistência Social contempladas na Resolução COMAS-SP nº 2118/2024.*

**B.1.2) OBJETIVO GERAL DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL**

*Descrever se o objetivo geral foi alcançado no todo ou parcialmente.*

**B.1.3) OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL**

*Descrever quais dos objetivos específicos foi possível alcançar.*

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivos específicos | Resultados esperados |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**B. 1 . 4 ) CRITÉRIOS ADOTADOS PARA INSERÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL**

*Descrever quais foram os critérios de seleção na instituição, considerando a identificação de cada serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial desenvolvido e as situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social.*

**B.1.5) METODOLOGIA**

*Retratar a forma adotada para o desenvolvimento do serviço, projeto, programa, benefício socioassistenciais. Descrever como as atividades foram realizadas na busca de se alcançar cada um dos objetivos e metas propostos.*

*Deve constar: grade de atividades; forma de participação da família e da comunidade nas atividades; como se deu o acompanhamento da progressão do atendimento; responsáveis pelas atividades; carga horária; dias de funcionamento; conteúdos trabalhados; especifique qual a forma de participação dos usuários e as estratégias que foram utilizadas; etc.;*

***Para as ENTIDADES DE ASSESSORAMENTO*** *, além dos itens acima, informar: tipo de assessoramento e como foi realizado o acompanhamento do mesmo; apresentar o cronograma das ações.*

**B.1.6) METAS**

*Informe as metas alcançadas, por exemplo, o número de atendidos, quantidade de famílias atendidas e quantas foram referenciadas no CRAS ou CREAS; quantidade de entidades que são assessoradas no município de São Paulo, entre outros. Detalhe de acordo com o que consta no Plano de Trabalho do ano anterior, informando se foi possível cumprir o planejado, e no caso contrário justifique.*

Nº no plano de trabalho:

Nome:

Nº de atendimentos realizados:

Nº de atendidos:

A meta foi alcançada? ( ) Sim ( ) Não

O serviço, programa, projeto, ou benefício socioassistencial terá continuidade no próximo ano?

**B.1.7) IMPACTO SOCIAL ALCANÇADO**

*Descreva qual o impacto social alcançado, caso contrário justifique.*

**B.1.8) RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS**

*Informar o percentual dos recursos financeiros que foram utilizados para a execução do serviço, programa,*

*projeto ou benefício socioassistencial.*

Pessoa Jurídica: %/ Pessoa Física: %/ Verbas Públicas: %

**B.1.9) INFRAESTRUTURA**

*Com qual infraestrutura a Entidade contou para realizar os atendimentos? Informe a quantidade de salas utilizadas para as atividades, salas administrativas, entre outros.*

***Item / Quantidade***

|  |  |
| --- | --- |
| **Item** | **Quantidade** |
| Almoxarifado ou similar |  |
| Banheiros |  |
| Biblioteca |  |
| Brinquedoteca |  |
| Copa/cozinha |  |
| Enfermaria |  |
| Espaço para animais de estimação |  |
| Espaço para guarda de pertences |  |
| Instalações elétricas e hidráulicas |  |
| Jardim/parque |  |
| Lavanderia |  |
| Quadras esportivas |  |
| Quartos coletivos |  |
| Quartos individuais |  |
| Recepção |  |
| Refeitório |  |
| Salas de atendimento em grupo/atividades comunitárias |  |
| Salas de atendimento individual |  |
| Salas de repouso |  |
| Salas exclusivas para administração, coordenação,  equipe técnica |  |
| Outros (Especifique) |  |

**B.1.10) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS**

*Descrever qual foi o recurso humano direto envolvido na execução do serviço, programa, projeto ou benefícios socioassistenciais.*

***Função / Formação / Vínculo (\*) / Nível de Escolaridade (\*\*) / Carga Horária (semanal)***

*(\*) Estagiário, Aprendiz, Voluntário, Regime CLT, Prestador de serviço, Autônomo, Profissional liberal*

*(\*\*) Iletrado, Não Alfabetizado, Alfabetizado, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Superior Incompleto, Superior Completo, Pós-Graduação, Mestrado, Doutorado.*

**B.1.11) ARTICULAÇÃO COM A REDE PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS OU BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS**

*Descrever quais as articulações foram possíveis realizar para o desenvolvimento dos serviços, programas, projetos ou benefícios socioassistenciais junto aos usuários no ano, compreendendo a articulação efetuada com a rede de serviço existentes na comunidade, serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas sociais (saúde, educação, trabalho, habitação, etc.), entidades e organizações sociais, órgãos de defesa dos direitos, conselhos municipais, entre outros.*

**B.1.12) DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES**

*Descrever quais as atividades desenvolvidas e quantas horas foram dedicadas anualmente para capacitação e educação permanente dos trabalhadores.*

**B.1.13) ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**

*Em quais regiões da cidade de São Paulo o serviço, programa, projeto ou benefício socioassistencial foram desenvolvidos.*

São Paulo, XX de XX de XX .

Assinatura do representante legal da entidade