**ANEXO 02**

**SUGESTÃO DE MODELO DE PLANO DE TRABALHO**

***Modelo exclusivo para ILPIs***

|  |  |
| --- | --- |
| **PROPOSTA** **PLANO DE TRABALHO** | **Nº.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Preenchimento da Comissão Seleção* |
| * + - 1. **DADOS CADASTRAIS DA PROPONENTE**
 |
| **Organização da Sociedade Civil (OSC)**  |
| Informar a razão social  |
| **CNPJ** | **Data de abertura do CNPJ** |
|  | Informar a data de abertura do CNPJ(Formato dd/mm/aaaa) |
| **Endereço da ILPI** |
|  |
| **Bairro/Distrito/Região/Subprefeitura** | **Cidade** | **CEP** |
|  |  |  |
| **Telefone** | **E-mail** |
|  |  |
| **Website/Redes Sociais** |
| **Registro ou Protocolo no GCMI ( ) Sim, no do Registro\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não possui.**  |
| **Nome do Responsável Legal da ILPI:** |
|  |
| **CPF** | **R.G.** | **Telefone (s)** |
| do representante legal | do representante legal | do representante legal, com DDD |
| **Período de Mandato da Atual Diretoria** |
| De \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. |
| **NOME DO PROJETO:** Implantação de medidas de prevenção e de enfrentamento à Covid-19 entre pessoas idosas institucionalizadas.  |
| **PERÍODO – DURAÇÃO:** PERÍODO EMERGENCIAL - máximo 2 (dois) anos.  |
| * + - 1. **APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA ILPI:**
 |
| A ILPI \_\_\_\_\_\_ realiza atendimento integral à \_\_\_\_\_\_ *(número de atendidos)* pessoas idosas e é uma organização sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e não-governamental. Os principais objetivos desta instituição são garantir moradia permanente ou temporária, acesso a saúde, cuidados, dignidade e cidadania para pessoas idosas. A organização atua há \_\_\_\_ *(anos)* anos na região de \_\_\_\_\_\_\_*(bairro)*. *Atualmente, a organização tem parceria com \_\_\_\_\_\_\_\_ (órgão/projeto vinculado ao poder público) para a realização de \_\_\_\_\_\_.* *ou**A organização não possui parceria com o poder público atualmente.* *e/ou**No passado, a organização já teve parceria com \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (órgão/projeto vinculado ao poder público) para a realização de \_\_\_\_\_\_.* |
| * + - 1. **OBJETO DA PROPOSTA:**
 |
| Implantar medidas de prevenção e de enfrentamento à Covid-19 entre os \_\_\_\_\_ (*número de atendidos*) atendidos, assegurando a integridade e os direitos desse público.  |
| * + - 1. **DESCRIÇÃO DA PROPOSTA:**
 |
| É proposto que os recursos solicitados se destinem à proteção e cuidado dos profissionais e das pessoas atendidas e à manutenção das atividades da ILPI por conta dos custos adicionais para o enfrentamento da pandemia. Assim, propõe-se que os recursos sejam utilizados especificamente para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(itens condizentes com listados na Planilha Orçamentária).*  |
| * + - 1. **DIAGNÓSTICO**
 |
| A pandemia de Covid-19 representa um grande desafio para a garantia de dignidade, saúde e atendimento integral à pessoas idosas, sobretudo daquelas institucionalizadas - uma vez que ambientes institucionalizados apresentam elevado risco de disseminação do vírus. Desafios de saúde e econômicos se interpõem às ILPIs. Eles estão vinculados tanto ao custeio das atividades da instituição no período pandêmico quanto às novas necessidades apresentadas em função da pandemia. Estas são a compra de materiais de proteção individual, a realização de testes, a realização de isolamento social, a melhoria das condições de higiene e limpeza, entre outras. As pessoas idosas atendidas por esta ILPI se encontram em situação de vulnerabilidade social. (*especificar ou relatar a realidade e o perfil das pessoas idosas atendidas pela ILPI)* |
| * + - 1. **JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA:**
 |
| O interesse em celebrar a parceria está vinculado à necessidade de manutenção do atendimento integral à pessoas idosas e de implementação dos protocolos adequados de cuidados com pessoas idosas em contexto de pandemia de Covid-19. Assim, a parceria promoveria recursos para a compra de materiais e insumos de proteção, saúde e higiene necessários para a implementação dos protocolos adequados, assim como recursos para o custeio de outras despesas da instituição de modo a garantir a continuidade da prestação de serviços à pessoas idosas. Pessoas idosas são um grupo de risco para a Covid-19, principalmente aquelas que vivem em contexto de institucionalização. Dessa maneira, é importante que o acesso à saúde e aos cuidados necessários sejam garantidos e agravos e mortes em função da pandemia sejam evitados ao máximo.  |

|  |
| --- |
| * + - 1. **FORMA DE EXECUÇÃO**
 |
| **Metas**Macro ações a serem realizadas. Devem ser quantificáveis, verificáveis e com prazo definido. | **Ações**Operações concretas a serem realizadas para o atingimento da meta. Uma mesma meta pode exigir a realização de mais de uma ação. | **Início e Término**Descrever a data de início e término de cada uma das metas a serem realizadas. | **Indicadores**Unidade de medida do alcance de uma meta. É a forma de aferição do cumprimento ou não da meta. Deve ser passível de verificação. | **Documentos para verificação**Documentos que contém os elementos para verificação dos indicadores. É o instrumental no qual o indicador pode ser analisado. Ex. fotografias, Lista de presença, planilha, banco de dados, certificados etc. | **Período de verificação**Prazo em que a meta deverá ser atingida. |
| Assegurar a integridade e a saúde de \_\_\_\_ pessoas idosas atendidas durante a pandemia Covid-19. | 1. Implantar medidas de prevenção e de enfrentamento

2. Implantar protocolos recomendados  | Mês 2020 - até o fim da situação de emergência | número pessoas idosas diagnosticadas com Covid-19/ número de testes por mês.  | Registros internos e informações prestadas à Vigilância sanitária.  | Até o fim do período emergencial – fim do projeto |
| Manter a capacidade de atendimento (número de vagas) às pessoas idosas durante a pandemia Covid-19. | 1. Custear as despesas adicionais da instituição.  | Mês 2020 - até o fim da situação de emergência | número de pessoas idosas atendidas por mês.  | Lista de pessoas atendidas.  | Até o fim do período emergencial – fim do projeto |

|  |
| --- |
| **8. METODOLOGIA PARA EXECUÇÃO PROPOSTA:**  |
| Descrever a metodologia de execução de cada uma das metas previstas, em conformidade com o quadro acima.

|  |
| --- |
| Meta: Assegurar a integridade e saúde de \_\_\_ pessoas idosas asseguradas durante a pandemia Covid-19. O atingimento desta meta será realizado por meio de compra de insumos necessários para o atendimento integral e adequado aos protocolos sanitários para Covid-19. Bem como para medidas de isolamento, caso necessárias, e para saúde dos colaboradores da ILPI.  |
| Meta: Manter a capacidade de atendimento \_\_\_(número de vagas) às pessoas idosas durante a pandemia Covid-19. O atingimento desta meta será realizado por meio de pagamento de despesas vinculadas à manutenção da instituição e do atendimento, como despesas de água, luz, internet, pessoal, entre outras, de maneira a garantir a manutenção das atividades, tendo em vista o aumento dos custos operacionais.  |

 |
|  |
| **09. QUADRO DE RECURSOS HUMANOS PROPOSTO (***Preencher apenas se prever a contratação de pessoal para atingir as metas)* |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo/Função: | Carga Horária Semanal: | Escolaridade/Formação: | Tipo de Vínculo\*: | Valor da Remuneração  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Incluir no quadro, todos os profissionais que prestarão serviços ao projeto, mesmo que parcialmente. Tipo de Vínculo exemplo: Voluntário, CLT, RPA, Contrato, Ajuda de Custo, Estágio, Bolsa, Cooperativa/Pro Labore, etc). |
|  |
| **10. Previsão de Receitas (considerar 12 meses)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Origem** | **Valor** |
| **Repasse** | Valor total proposto a ser repassado pelo FMID |
| **Contrapartida/Receita****(Apenas se houver, não é obrigatória)** | Valor da mensuração dos bens e serviços postos à disposição pela proponente e receitas próprias da instituição,  |
| **Total** | Valor somatório do repasse e contrapartida/receita (apenas se houver, não é obrigatória) |

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome/Assinatura do Representante legal da ILPI. |