**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. | |