

RELATÓRIO PERIÓDICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de FOMENTO COLABORAÇÃO Nº 0026/2022

Nome da OSC: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

Endereço: Avenida Doutor Roberto Rios, 999 - Jockey Club – Barretos S.P.

Telefone: (17) 3321-7810

Nome do Serviço/Projeto: Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias;

Vigência do Termo de Colaboração: de 03/01 a 31/12 de 2022 (Obs: Período Analisado de julho a dezembro de 2022)

Houve visita in loco: SIM - Relatório anexo. NÃO

Fonte de recurso:

- Próprio
 FMI – Fundo Municipal do Idoso
 FUMDICAD – Fundo Municipal da Criança e Adolescente
 FMAS – Fundo Municipal de Assistência Social Esfera Municipal
 Esfera Estadual
 Esfera Federal

Valores efetivamente transferidos no período analisado: R\$ 84.000,00. Obs: Valor total do Termo de Colaboração R\$ 168.000,00.

Despesas Previstas no Projeto:

- Manutenção/Reforma/Construção
 Bens Permanente
 Consumo (alimentação, limpeza, oficinas)
 RH/Prestadores de Serviços
 Outros _____

Público Alvo: Pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e familiares.

Total de Atendidos: Obs: Não é citado no plano de trabalho.

Atividades a serem realizadas:Objetivo geral resumido:

- Promover a autonomia e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, seus cuidadores e suas respectivas famílias, como também promover o acesso a benefícios, programas de transferência de renda e outros.

Objetivo específico resumido:

- Promover experiências que venham a contribuir para a construção de projetos individuais, e coletivos que possam melhorar a autoestima pessoal e familiar, que lhe conceda autonomia, promova a inclusão social e possibilite a ampliação do universo cultural e informacional;
- Garantir formas de acesso aos direitos socioassistenciais;
- Redução dos agravos decorrentes de situa

Atividade	Público Alvo	Frequência
Acolhida e escuta qualificada da família da pessoa com deficiência.	Todas as atividades tem como princípio o melhor atendimento do público alvo.	Segunda a sexta – 2h – Jan a Dez.
Construção do Plano de desenvolvimento do trabalho da equipe técnica.		Trimestralmente – Jan, Mar, Jun, Set e Dez.
Articulação e encaminhamento para a rede socioassistencial.		Quando necessário – Jan a Dez.
Reunião da equipe multidisciplinar para avaliação dos casos.		Quando necessário – Jan a Dez.
Reunião com as famílias das pessoas com deficiência.		Trimestralmente – Jan, Mar, Jun, Set e Dez.

Visita domiciliar pela equipe técnica psicossocial.		2h – Jan a Dez.
Ações internas (atendimento ambulatorial, educacional e social).		1h – Jan a Dez.
Atividades socioeducativas (jogos, brincadeiras, danças, oficinas de arte, campanhas educativas e atividades de convívio e lazer).		Dias alternados – Jan a Dez.
Elaboração de relatório e registro no prontuário..		De acordo com planejamento de cada profissional – Jan a Dez.
Promoção do acesso a direitos socioassistenciais.		De acordo com a necessidade – Jan a Dez.
Relatório para medir o grau de satisfação do usuário com o serviço.		De acordo com cada profissional – Jan a Dez.
Capacitação Profissional.		De acordo com o agendamento a propor – Jan a Dez.
Transporte.		Diário – Fev a Dez.

Monitoramento e avaliação das Metas informadas no Projeto/Plano de Trabalho:

Meta Indicativa	Verificação da Entidade	Execução	Obs.
Proporcionar ações socioeducativas voltadas à cultura, à música e à artes manuais e promoção de passeios turísticos e de lazer.	Relatório circunstanciado; Fotos para registro das ações desenvolvidas;	() Total () Parcial () Não cumpriu	Entidade não cita o alcance das metas.
Garantir o acesso a direitos através da articulação com a rede socioassistencial.	Registro dos benefícios adquiridos e/ou outros direitos assegurados.	() Total () Parcial () Não cumpriu	

Contribuir na redução e agravamento de violação de direitos de 50% dos usuários através da escuta, do acompanhamento da pessoa com deficiência e visita domiciliar.	Evolução registrada nos prontuários.		
---	--------------------------------------	--	--

Equipe do Projeto:

Registrados (CLT):

3 pedagogas	30h/semana
-------------	------------

Documentos verificados:

- Lista nominal de atendimento por atividade: (x) Sim () Não
- Relatório Mensal ou Quadrimestral de Atividades: (x) Sim () Não
- Despesas apresentadas na Prestação de Contas: (x) Sim () Não
- Outros documentos (especificar) _____

Conclusões:

De acordo com os documentos apresentados e analisados, no relatório de atividades não consta descrição clara e precisa quanto às atividades realizadas com os usuários previstas no plano de trabalho. Quanto à lista nominal de atendimento, a Instituição apresentou uma lista contendo os dados dos usuários inscritos.

Comissão de Monitoramento e Avaliação.

Comissão de Monitoramento e Avaliação.