**APAE:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DATA DA VISITA**:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Pessoa responsável pelas informações prestadas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APAE possui inscrição CMAS?**

|\_\_| Sim |\_\_| Não

**APAE possui CEBAS?**

|\_\_| Sim |\_\_| Não

**APAE possui cadastro CadSuas?**

|\_\_| Sim |\_\_| Não

**APAE possui cadastro CNEAS?**

|\_\_| Sim |\_\_| Não

**Quais os serviços/atividades ofertados?**

|\_\_|Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV

|\_\_|Serviço de Proteção Social Especial para Pessoa com Deficiência, Idosa e sua Família – CENTRO DIA;

|\_\_|Serviço de Acolhimento Institucional

|\_\_|Programa Escola de Formação de Família

|\_\_|Programa Escola de Formação de Auto defensores

|\_\_|Programa Agencia Jurídica

|\_\_|Outros. Especificar

**Qual horário de funcionamento?**

|\_\_| dias por semana |\_\_|\_\_| horas por dia

**Qual público atendido no serviço/atividade?**

|\_\_| Criança/Adolescentes com deficiência com algum grau de dependência e suas famílias;

|\_\_| Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;

|\_\_| Idosos com deficiência e suas famílias;

|\_\_| Outros. Especificar:

**Qual a faixa etária do público-alvo atendido?**

|\_\_|0 a 6 anos

|\_\_|6 a 15 anos

|\_\_|15 a 17 anos

|\_\_|18 a 59 anos

|\_\_|60 anos ou mais

**Quantidade de pessoas atendidas no serviço/atividade?**

\_\_\_ Pessoas com Deficiência \_\_\_\_ Famílias

**Quais as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do serviço/atividade?**

|\_\_| Acolhida

|\_\_| Entrevista Social

|\_\_| Visitas Domiciliares

|\_\_| Estudo social

|\_\_| Elaboração de PAF

|\_\_| Elaboração de PDU

|\_\_| Registro de informações em prontuário

|\_\_| Atividades de cuidado e autocuidado

|\_\_| Atividades de artes e educação física

|\_\_| Atividades de participação cidadã e mundo social

|\_\_| Atividades de convivência

|\_\_| Orientações sobre acesso a serviços e benefícios e outros;

|\_\_| Encaminhamentos para a rede socioassistencial e setorial;

|\_\_| Acompanhamento dos usuários encaminhados para a rede

|\_\_| Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade

|\_\_| Provimento de bens materiais

|\_\_|Outros. Qual?

**Quais os instrumentos de registros o serviço utiliza?**

|\_\_|Plano de trabalho anual

|\_\_|Prontuário de assistência social;

|\_\_|Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU

|\_\_|Plano de Acompanhamento Familiar - PAF

|\_\_|Plano Diário de Oficina - PDO

|\_\_|Grade de atividades

|\_\_|Outros. Especificar

**Qual espaço físico é destinado ao serviço/atividade?**

**Salas utilizadas para atividades com os usuários:**

Sala de coordenação |\_\_\_|\_\_\_|

Sala ambiência de vivencias |\_\_\_|\_\_\_|

Sala ambiência de Corpo em Movimento |\_\_\_|\_\_\_|

Sala ambiência de participação comunitária |\_\_\_|\_\_\_|

Sala de Oficina de Convivência com família |\_\_\_|\_\_\_|

**Outros. Qual?**

**Quais os profissionais que compõe a equipe técnica do serviço/atividade?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Formação** | **Função** | **Carga Horária semanal** | **Vinculo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**APÊNDICE - RELAÇÃO PARA CONFERÊNCIA DOCUMENTAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sim** | **Não** | Documento |
|  |  | Inscrição CMAS |
|  |  | Certificação CEBAS |
|  |  | Cadastro CADSUAS |
|  |  | Cadastro CNEAS |
|  |  | Plano de Ação |
|  |  | Relatório de Atividades |
|  |  | Plano de trabalho Anual |
|  |  | Prontuário de assistência social  |
|  |  | PDU |
|  |  | PAF |
|  |  | Grade de atividades |

**PARECER TÉCNICO**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consultora**

**INSCRIÇÃO CMAS**



**CERTIFICAÇÃO CEBAS**



**CADASTRO CADSUAS**



**CADASTRO CNEAS**



**PLANO DE AÇÃO**



**RELATÓRIO DE ATIVIDADES**



**PLANO DE TRABALHO ANUAL DO CENTRO DIA**

****

**PRONTUÁRIO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

****

**PDU**

****

**PAF**



**GRADE DE ATIVIDADES**

