MODELO 6 – MÓDULOS SANITÁRIOS

|  |
| --- |
| PROJETO DE TRABALHO TÉCNICO SOCIAL |

Trabalho Técnico Social se define como um conjunto de ações socioeducativas voltadas para a organização e desenvolvimento comunitário, com vistas à promoção da melhoria das condições de vida da população.

Portanto, as ações do Projeto de trabalho Técnico Social / PTTS em relação à construção de módulos sanitários devem contemplar a informação sobre o Programa, estímulo à participação e organização comunitária e; educação sanitária e ambiental.

O Trabalho Técnico Social/ TTS é componente obrigatório do Programa. Portanto, a elaboração e execução devem atender as diretrizes e cláusulas expressas no convênio. Bem como os modelos propostos a seguir: O Relatório de Acompanhamento do Trabalho Técnico Social (Modelo II) é o documento que registra todas as atividades programadas no Projeto de Trabalho Técnico Social/ PTTS e deverá ser enviado ao final da execução da obra, contendo cópia da(s) lista(s) de presenças, ata (s) da(s) reuniões, registros fotográficos, avaliação(s) e anexos (cartilha, manuais, prospectos, etc.). Para elaborar e executar o Trabalho Técnico Social sugere-se a seguir os seguintes modelos:

#### MODELO I

**1. Identificação**

* 1. Nome: Trabalho Social vinculado ao Programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Local: (Cidade)
	3. Agente Executor: (Prefeitura)
	4. Responsável Técnico; fone e e-mail.
	5. Equipe Técnica: (Nome, Formação Profissional, Atribuições no Projeto, Carga Horária, Registro Profissional. O responsável deve ter curso superior em Serviço Social ou Sociologia, anexar comprovação).

**2. Característica do Empreendimento**

Número de unidades habitacionais, isolados ou em conjunto, prazo de construção e valor do investimento.

* 1. Características da área: localização geográfica, aspectos ambientais, físicos e urbanísticos, forma e tempo de ocupação, características das habitações, etc.
	2. Infraestrutura: Descrever sobre o abastecimento de água, iluminação pública, pavimentação, esgotamento sanitário, coleta de lixo, transporte, etc.
	3. Centro de Referência de Assistência Social/ CRAS e demais Equipamentos comunitários de Atendimento. Caracterização da organização comunitária local: Identificar os equipamentos comunitários, ONG’s e serviços públicos disponíveis no entorno.
1. **Identificação da População Beneficiada**
	1. Critérios utilizados para a seleção dos beneficiários
		* 1. Residir no município;
		1. Não ter sido beneficiado em outro programa habitacional;
			1. Ter renda até três salários mínimos.

Os beneficiários finais deverão ser aprovados pelo Conselho Municipal de Habitação. Cabe salientar, que os critérios de classificação devem ser estabelecidos conforme a realidade local. As substituições dos beneficiários não serão aceitas. Caso necessário, esta solicitação de alteração de beneficiários deve ser devidamente justificada, registrada em ata de reunião do Conselho Municipal de Habitação e encaminhada à SEHAB, juntamente com os demais documentos necessários, ***durante a vigência do convênio***.

 Os Relatórios do Trabalho Técnico Social deverão ser entregues após o início da execução da obra, juntamente com a primeira prestação de contas do Município ao Departamento de Habitação e após a conclusão da Obra.

* 1. Na seleção dos beneficiários, devem ter preferência:
		1. As mulheres chefes de família, conforme Lei Estadual nº 11.574 de 04 de janeiro de 2001, aplicando 20% dos recursos destinados à produção de habitações para este fim;
		2. As pessoas com deficiência, conforme Lei Estadual 13.739, 08 de Junho de 2011, todos os programas de construção de habitações populares ou de distribuição de lotes individuais promovidos pelo Poder Executivo no Estado do Rio Grande do Sul garantirão a distribuição de 10% (dez por cento) do total de unidades oferecidas à pessoa com deficiência;
	2. Aos idosos, conforme Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso reserva de pelo menos 3% nos programas habitacionais públicos ou subsidiados com recurso público.
	3. Relação dos beneficiários

 Informar no (Modelo III) Nome completo do Titular, CPF, Data de Nascimento, Nome completo da Mãe do Titular, endereço, renda familiar (salário mínimo), Mulher Chefe de Família, Nº de crianças, Nº de Idosos, Nº de Pessoas com Deficiência, Tipo de Deficiência, idade e Número de Identificação Social (Senão houver sugerimos a inclusão no CADÚNICO, a fim de que a família possa acessar aos Programas Sociais do Governo Federal).

 Características socioeconômicas da população beneficiada – renda, situação ocupacional, escolaridade, composição familiar, procedência, identificação do chefe de família quanto ao gênero, pessoas com deficiência(s), idosos e outras variáveis consideradas importantes.

1. **Justificativa**

Definir o porquê da intervenção junto a essa população e qual a importância do Projeto de Trabalho Técnico Social para a sustentabilidade e desenvolvimento da comunidade.

**5. Objetivo Geral**

Definir o objetivo geral que se pretende alcançar com a proposta, tendo em vista a modalidade de atendimento.

**6. Objetivos Específicos**

Definir claramente os objetivos específicos a serem obtidos devendo estar de acordo e possibilitar o detalhamento do objetivo geral.

**7. Metodologia**

 Descrever as atividades que serão desenvolvidas com a população e como se dará a intervenção e operacionalização, apresentando os métodos e técnicas que serão utilizados.

**8. Metas:**

Quantificar os objetivos a serem atingidos, observando o aspecto qualitativo e temporal.

**9. Cronograma**

Apresentar os momentos da ação, indicando as etapas de cada atividade, objetivos / ações, a duração e o prazo de execução (semanais e/ ou mensais). Sugere-se que após a seleção dos beneficiários, as demais atividades devem iniciar concomitantemente ao início da obra e; distribuídas ao longo da construção dos módulos sanitários privilegiando ações que visam a Informação do Público Beneficiário, Estimulo à Educação Sanitária e Ambiental.

**10. Avaliação**

Descrever os instrumentos e mecanismos que serão adotados para a avaliação quantitativa e qualitativa, definindo os indicadores que serão utilizados.

**11. Parcerias adotadas**

Descrever as parcerias adotadas, suas respectivas responsabilidades e atribuições.

**12. Recursos Materiais**

Os recursos materiais e financeiros necessários para a implementação do trabalho são de responsabilidade da Prefeitura.

### Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Responsável Técnico

Nome e Registro Profissional

##### MODELO II

Relatório de Acompanhamento do Trabalho Técnico Social

##  PERÍODO DE REFERÊNCIA

|  |
| --- |
| Relatório:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

## IDENTIFICAÇÃO

|  |
| --- |
| Convênio Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |
| Executor: |
| Endereço: | Município UF |
| Tel.: | e-m@il: |
| Responsável Técnico: | Formação: |
| Tel.: | e-m@il: |

## 2. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Formação Acadêmica** | **Atribuição na Equipe** | **Número de** **Horas Semanais** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 3. ATIVIDADES / AÇÕES DESENVOLVIDAS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrição das****Atividades/Ações** | **Data** | **Recursos****Utilizados** | **Parcerias** | **Participantes** |
| **Convidados** | **Presentes** | **%** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## 4. AÇÕES PREVISTAS E NÃO REALIZADAS

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição das****Atividades/Ações** | **Justificativa** |
|  |  |
|  |  |

## 5. AÇÕES REALIZADAS E NÃO PREVISTAS

|  |  |
| --- | --- |
| **Ação Proposta** | **Objetivo** |
|  |  |
|  |  |

1. **AVALIAÇÃO, PELA EQUIPE TÉCNICA, DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO.**

|  |
| --- |
| Deverão ser apresentados os aspectos facilitadores, dificultadores e alternativas de solução referente:\_ Metodologia executada; técnicas e instrumentos programados; \_ Integração entre a Execução do TTS e projetos/ ações da engenharia; \_ Envolvimento dos parceiros no desenvolvimento do PTTS e;\_ Integração do PTTS com Educação Sanitária e Ambiental desenvolvido na comunidade local. |

## 7. AVALIAÇÃO, PELOS BENEFICIÁRIOS, DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

|  |
| --- |
| A comunidade participou da avaliação dos trabalhos desenvolvidos? Sim [\_] Não [\_] Se sim, qual (s) instrumento (s) de avaliação utilizada (s)? Entrevista [\_] Pesquisa [\_] Reunião de avaliação [\_] Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Resultado da Avaliação: |

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Responsável Técnico

Nome e Registro profissional

|  |
| --- |
| **Modelo III** |
| **Programa Nenhuma Casa Sem Banheiro** |
| **Modalidade: Módulos Sanitários** |
| **Convênio:** |
| **Identificação das Famílias Beneficiárias** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de famílias****atendidas** | **Titular** | **CPF** | **Data de****Nascimento** | **Nome completo****da mãe** | **Cônjuge** | **CPF** | **Data de****Nascimento** | **Nome completo****da mãe** | **Renda****Familiar** | **Mulher Chefe de****Família** | **Nº de****crianças** | **Nº de****Idosos** | **Nº de Pessoas com****Deficiências** | **Tipo da****deficiência** | **Recebe Benefício Assistencial?/****Qual?** | **Endereço** | **NIS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |

Data:

|  |
| --- |
| Responsável Técnica |
| Nome e Registro Profissional |