**Anexo I: Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação**

O **Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação ao Cofinanciamento Estadual 2024**, disponibilizado pela Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família - SAS, consiste em um instrumento para formalização de aceite dos municípios catarinenses e do planejamento para utilização dos recursos do cofinanciamento estadual da política de assistência social.

Por meio deste Formulário, o município apresenta informações sobre os serviços socioassistenciais ofertados, os equipamentos disponíveis e o plano de aplicação dos recursos, conforme aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

Além do preenchimento deste Formulário, para participar do processo de habilitação o município deverá também encaminhar os seguintes documentos:

- Comprovante do preenchimento do Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação (obrigatório).

- Resolução do CMAS de aprovação do Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação (obrigatório).

- Anexo III: Declaração de contas bancárias ativas (obrigatório).

- Lei de Benefícios Eventuais do município (obrigatório).

- Publicação do Diário Oficial da Lei de Benefícios Eventuais do município (obrigatório).

- Lei que institui o Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS" (obrigatório).

- PAS - Plano de Assistência Social do município (obrigatório).

- Lei do SUAS municipal (NÃO obrigatório).

Além das legislações e normativas do SUAS, das regulamentações, critérios, prazos e procedimentos dispostos nas Resoluções CEAS nº 18 e 19 de 24 de abril de 2024, que observam também a pactuação CIB, para habilitação e definição dos recursos a serem destinados a cada município, considera-se:

- Equipamentos ativos no Sistema de Cadastro Nacional do SUAS – CadSUAS, até a data de 03/04/2024;

- Serviços ofertados de Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade;

- Regulamentação e oferta de Benefícios Eventuais, em conformidade com a Resolução CEAS nº 16/2022;

- Aceite para Incentivo à Gestão do SUAS municipal.

**I. INFORMAÇÕES GERAIS**

**Nome do município:**

|  |
| --- |
|  |

**Porte do município** *(marque com X na caixa correta)***:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pequeno porte I |  | Médio Porte |
|  | Pequeno porte II |  | Grande Porte |

**Nome da Secretaria*:****(ex: Secretaria Municipal de Assistência Social)*

|  |
| --- |
|  |

**A Secretaria de Assistência Social é comando único?** *(marque X em uma ou mais opções)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sim. |
|  | Não. É compartilhada com Saúde. |
|  | Não. É compartilhada com Educação. |
|  | Não. É compartilhada com a Cultura. |
|  | Não. É compartilhada com Emprego e Renda. |
|  | Não. É compartilhada com Infraestrutura. |
|  | Não. É compartilhada com Direitos Humanos. |
|  | Não. É compartilhada com Habitação. |
|  | Não. É compartilhada com outra(s) secretaria(s) não citada(s). |

**CNPJ do município** *(escreva somente números):*

|  |
| --- |
|  |

**CNPJ do Fundo Municipal de Assistência Social***(escreva somente números):*

|  |
| --- |
|  |

**Nome completo do Gestor Municipal da Assistência Social** *(sem abreviatura)***:**

|  |
| --- |
|  |

**Contato telefônico do Gestor Municipal da Assistência Social** *(com DDD):*

|  |
| --- |
|  |

**Nome completo e Função do Técnico Responsável pelo preenchimento do Formulário para Habilitação ao Cofinanciamento Estadual 2024:***(Ex: Ana Souza - Assistente Social da gestão):*

|  |
| --- |
|  |

**Contato telefônico de referência para assuntos relacionados ao Cofinanciamento Estadual 2024** *(com DDD):*

|  |
| --- |
|  |

**E-mail de referência para assuntos relacionados ao Cofinanciamento Estadual 2024** *(informar e-mail institucional):*

|  |
| --- |
|  |

**II. INFORMAÇÕES PARA HABILITAÇÃO**

**O município possui Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**O município possui Fundo de Assistência Social, com orientação e controle do Conselhos Municipal de Assistência Social?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**O município possui Plano de Assistência Social – PAS, aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social?** *((marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**O município possui Lei do SUAS?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |  | Lei em processo de elaboração. |

**O município possui técnico de referência e/ou setor de Vigilância Socioassistencial?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**Definição percentual para destinação dos recursos para o Cofinanciamento Estadual 2024, exceto para Benefícios Eventuais:** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 50% para custeio e 50% para investimento. |
|  | 70% para custeio e 30% para investimento. |
|  | 100% para custeio. |

**III - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA**

**DEFINIÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

|  |
| --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual Proteção Social Básica: (marque com X uma opção)* |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2024 para a Proteção Social Básica. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2024 para a Proteção Social Básica. |

**CONFIRMAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS:** O repasse de recursos para Proteção Social Básica ocorrerá em conta bancária única para custeio e investimento.

O município manterá para o Cofinanciamento Estadual 2024 a mesma conta bancária para Proteção Social Básica que foi utilizada no Cofinanciamento Estadual 2023, conforme consta no **Anexo II**? *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sim. Para a Proteção Social Básica será utilizado no Cofinanciamento Estadual 2024 a mesma conta bancária que foi utilizada no Cofinanciamento Estadual 2023, que consta no Anexo II. |
|  | Não. Precisamos informar nova conta bancária única para a Proteção Social Básica no Cofinanciamento Estadual 2024. *Nesse caso, informe a agência e conta corrente abaixo.* |
| **Agência: Conta Corrente:** |

**Quantos CRAS o município possui?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01 (um) |  | 02 (dois) |  | 03 (três) |  | 04 (quatro) |  | 05 (cinco) |  | 06 (seis) |
|  | 07 (sete) |  | 08 (oito) |  | 09 (nove) |  | 10 (dez) |  | 11 (onze) |  | 12 (doze) |

**Quais Serviços de Proteção Social Básica o município oferece?** *(MARQUE ZERO SE O MUNICÍPIO NÃO EXECUTA O SERVIÇO E UM SE O MUNICÍPIO EXECUTA O SERVIÇO).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | Não (0) | Sim (1) |
| PAIF - Proteção e Atendimento Integral à Família |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Crianças e Adolescentes) oferecido em equipamento municipal. |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Adultos) oferecido em equipamento municipal. |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Idosos) oferecido em equipamento municipal. |  |  |
| Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas - oferecido em equipamento municipal. |  |  |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Básica **CUSTEIO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de materiais de expediente, de consumo, lúdicos e pedagógicos necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Aquisição de produtos de limpeza, higiene e EPI necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Despesas para realização de grupos, encontros, capacitações, palestras, oficinas e eventos comunitários (locação de materiais e espaço físico, lanche, coffee-break, palestrantes pessoas físicas e jurídicas), vinculados à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Participação em capacitações para os trabalhadores do SUAS – Proteção Social Básica (Pagamento da inscrição, hospedagem e alimentação em capacitações com temas pertinentes ao SUAS e/ou temas que contribuam para a melhoria da capacidade técnica e execução dos serviços da Proteção Social Básica).

**[ ]** Conservação e adaptação de imóvel público com destinação exclusiva aos Serviços da Proteção Social Básica.

 **[ ]** Despesas com divulgação de ações e dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Pagamento de salário dos trabalhadores do SUAS na Proteção Social Básica (de acordo com a lei 17 819 de 09 de dezembro 2019).

**[ ]** Aquisição de combustíveis e lubrificantes para veículos (exclusivos à oferta de Serviços da Proteção Social Básica).

**[ ]** Pagamento de serviços de água, luz, telefone e internet (exclusivos aos Equipamentos da Proteção Social Básica).

**[ ]** Manutenção e/ou outras despesas de custeio vinculadas aos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Não se aplica.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Básica**INVESTIMENTO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à Proteção Social Básica.

**[ ]** Aquisição de equipamentos eletrônicos e de informática necessários à Proteção Social Básica.

**[ ]** Aquisição de veículo para uso exclusivo nos equipamentos e serviços ofertados na Proteção Social Básica.

**[ ]** Não se aplica.

**IV - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL**

**DEFINIÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

|  |
| --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual Proteção Social Especial de Média Complexidade: (marque com X uma opção)* |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2024 para a Proteção Social Especial de Média Complexidade. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2024 para a Proteção Social Especial de Média Complexidade. |

|  |
| --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual Proteção Social Especial de Alta Complexidade:**(marque com X uma opção)* |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2024 para a Proteção Social Especial de Alta Complexidade. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2024 para a Proteção Social Especial de Alta Complexidade. |

**CONFIRMAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS:** O repasse de recursos para Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade) ocorrerá em uma conta bancária única para custeio e investimento.

**ATENÇÃO: A conta bancária convertida para pagamento do bloco da Proteção Social Especial em 2024 é conta bancária de Proteção Social Especial de Alta Complexidade utilizada em 2023, conforme consta no Anexo II.**

O município manterá para o Cofinanciamento Estadual 2024 a conta bancária para Proteção Social Especial informada no Anexo II? *(marque com X uma opção)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sim. Para a Proteção Social Especial no Cofinanciamento Estadual 2024 será utilizada a conta bancária que consta no anexo II. |
|  | Não. Precisamos informar nova conta bancária para a Proteção Social Especial no Cofinanciamento Estadual 2024. *Nesse caso, informe a agência e conta corrente abaixo.* |
| **Agência: Conta Corrente:** |

**Quantos CREAS o município possui?** *(marque com X uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 (zero) |  | 01 (um) |  | 02 (dois) |  | 03 (três) |  | 04 (quatro) |  | 05 (cinco) |

**Informe qual a quantidade de Equipamentos de Proteção Social Especial o município possui** *(CONSIDERAR NA CAIXA A QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS MUNICIPAIS. NÃO INCLUIR UNIDADES DE ENTIDADE, CONTRATOS, CONSÓRCIOS E CONVÊNIOS. CASO NÃO TENHA, COLOCAR 0 - ZERO).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CENTRO DIA (IDOSOS) |  | CASA DE PASSAGEM |
|  | CENTRO DIA (PCD) |  | ABRIGO INSTITUCIONAL |
|  | CENTRO POP |  | REPÚBLICA |
|  | CASA LAR |  | RESIDÊNCIA INCLUSIVA |

**Quais Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade o município oferece?** *(MARQUE ZERO SE O MUNICÍPIO NÃO EXECUTA O SERVIÇO E UM SE O MUNICÍPIO EXECUTA O SERVIÇO).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | Não (0) | Sim (1) |
| PAEFI - Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos |  |  |
| Serviço Especializado em Abordagem Social |  |  |
| Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua |  |  |
| Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) |  |  |
| Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas |  |  |

**Quais Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade o município oferece?** *(MARQUE ZERO SE O MUNICÍPIO NÃO EXECUTA O SERVIÇO E UM SE O MUNICÍPIO EXECUTA O SERVIÇO)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | Não (0) | Sim (1) |
| Serviço de Acolhimento Institucional |  |  |
| Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora |  |  |

**Atenção:** A opção “Serviço de Acolhimento Institucional” contempla vagas de consórcio, convênio, parceirização, contratos, termo de colaboração e/ou instituição de acolhimento municipal.

**O município possui equipe ou técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial?***(marque com X uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Atenção:** Não é considerado exclusivo o profissional que atua também na Proteção Social Básica ou na Gestão, somente é considerado exclusivo o profissional que atende na Média Complexidade e/ou Alta Complexidade.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Especial **CUSTEIO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de materiais de expediente, de consumo, lúdicos e pedagógicos aos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Aquisição de produtos de limpeza, higiene e EPI necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Alimentação necessária à oferta dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Conservação e adaptação de imóvel público com destinação exclusiva aos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Manutenção e/ou outras despesas vinculadas aos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Participação em capacitações para os trabalhadores do SUAS – Proteção Social Especial (Pagamento da inscrição, hospedagem e alimentação em capacitações com temas pertinentes ao SUAS e/ou temas que contribuam para a melhoria da capacidade técnica e execução dos serviços da Proteção Social Especial).

**[ ]** Despesas para realização de grupos, encontros, capacitações, palestras, campanhas, oficinas e eventos comunitários (locação de materiais e espaço físico, lanches, coffee-break, palestrantes pessoas físicas e jurídicas), vinculados à oferta dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Despesas com divulgação de ações e dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Pagamento de salário dos trabalhadores do SUAS na Proteção Social Especial (de acordo com a lei 17 819 de 09 de dezembro 2019).

**[ ]** Pagamento do subsídio para Família Acolhedora.

**[ ]** Despesas com parceirização para execução do Serviço de Acolhimento Institucional (vagas provenientes de consórcio, convênio, contratos, termo de colaboração).

**[ ]** Despesas com itens de cama, mesa, banho, vestuário para usuários dos equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

**[ ]** Aquisição de combustíveis e lubrificantes para veículos (exclusivos à oferta de Serviços da Proteção Social Especial).

**[ ]** Pagamento de serviços de água, luz, telefone e internet (exclusivos aos Equipamentos da Proteção Social Especial).

**[ ]** Não se aplica.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Especial**INVESTIMENTO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à Proteção Social Especial.

**[ ]** Aquisição de equipamentos eletrônicos e de informática necessários à Proteção Social Especial.

**[ ]** Aquisição de veículo para uso exclusivo dos serviços e equipamentos da Proteção Social Especial.

**[ ]** Não se aplica.

**V - BENEFÍCIOS EVENTUAIS**

**DEFINIÇÃO DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 22º, 1993):** Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

|  |
| --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual para Benefícios Eventuais: (marque com X uma opção)* |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2024 para Benefícios Eventuais. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2024 para Benefícios Eventuais. |

**CONFIRMAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS:** O repasse de recursos para Benefícios Eventuais ocorrerá em conta bancária única para custeio.

O município **manterá** para o Cofinanciamento Estadual 2024 a mesma conta bancária para Benefícios Eventuais que foi utilizada no Cofinanciamento Estadual 2023, conforme consta no **Anexo II**? *(marque com X uma opção)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sim. Para Benefícios Eventuais será utilizado no Cofinanciamento Estadual 2024 a mesma conta bancária que foi utilizada no Cofinanciamento Estadual 2023, que consta no Anexo II. |
|  | Não. Precisamos informar nova conta bancária única para Benefícios Eventuais no Cofinanciamento Estadual 2024. *Nesse caso, informe a agência e conta corrente abaixo.* |
| **Agência: Conta Corrente:** |

**A Lei de Benefícios Eventuais municipal está adequada conforme a Resolução CEAS nº 16/2022?** *(marque com X uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**Marque quais Benefícios Eventuais o Município oferta?** *(marque X em uma ou mais opções)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Benefício Eventual em virtude vulnerabilidade temporária. |
|  | Benefício Eventual em razão de nascimento.  |
|  | Benefício Eventual em razão de morte.  |
|  | Benefício Eventual em razão de situação de emergência e estado de calamidade pública.  |
|  | Não se aplica. |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Benefícios Eventuais (somente custeio) será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Benefício Eventual em virtude vulnerabilidade temporária (Alimentação; Custeio dos gastos para expedição de documentação pessoal, como fotografia e fotocópia não disponibilizados por sistemas oficiais facilitadores de documentação; Despesas para alojamento, moradias provisórias, aluguel temporário).

**[ ]** Benefício Eventual em razão de nascimento (Enxoval do recém-nascido, incluindo itens de vestuário, utensílios para alimentação, de higiene e de mobiliário; Apoio à mãe nos casos de natimorto e morte do recém-nascido; e Apoio à família no caso de morte da mãe).

**[ ]** Benefício Eventual em razão de morte (Custeio das despesas de urna funerária, velório e sepultamento, incluindo transporte funerário, utilização de capela, isenção de taxas e colocação de placa de identificação; e Custeio das necessidades urgentes da família para enfrentar riscos e vulnerabilidades advindas da morte de seus provedores ou membros).

**[ ]** Benefício Eventual em razão de situação de emergência e estado de calamidade pública (Custeio das despesas que visam assegurar, complementarmente e de forma intersetorial com as demais políticas públicas, a sobrevivência e a reconstrução de sua autonomia, nos termos do art. 22 da Lei 8.742/1993, alterada pela Lei 12.435/2011).

 **[ ]** Não se aplica.

**VI. INCENTIVO À GESTÃO**

**SÃO OBJETIVOS DA GESTÃO DAS AÇÕES NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social; estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

|  |
| --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual para Incentivo à Gestão municipal da Assistência Social: (marque com X uma opção)* |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2024 para Incentivo à Gestão. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2024 para Incentivo à Gestão. |

**CONFIRMAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS:** O repasse de recursos para Incentivo à Gestão ocorrerá em conta bancária única para custeio e investimento.

O município manterá para o Cofinanciamento Estadual 2024 a mesma conta bancária para Incentivo à Gestão que foi utilizada no Cofinanciamento Estadual 2023, conforme consta no Anexo II? *(marque com X uma opção)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sim. Para Incentivo à Gestão será utilizado no Cofinanciamento Estadual 2024 a mesma conta bancária que foi utilizada no Cofinanciamento Estadual 2023, que consta no Anexo II. |
|  | Não. Precisamos informar nova conta bancária única para Incentivo à Gestão no Cofinanciamento Estadual 2024. *Nesse caso, informe a agência e conta corrente abaixo.* |
| **Agência: Conta Corrente:** |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Incentivo à Gestão **CUSTEIO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de materiais de expediente, de consumo necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Aquisição de produtos de limpeza, higiene e EPI necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Participação em capacitações, encontros e eventos relacionados ao SUAS (Pagamento da inscrição, hospedagem e alimentação em capacitações, encontros e eventos com temas pertinentes ao SUAS e/ou ações relativas à gestão municipal da Assistência Social).

**[ ]** Manutenção e/ou outras prestações de serviços necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Despesas com divulgação de ações do SUAS.

**[ ]** Aquisição de combustíveis e lubrificantes para veículos (exclusivos à gestão do SUAS).

**[ ]** Pagamento de serviços de água, luz, telefone e internet (exclusivos gestão do SUAS).

**[ ]** Não se aplica.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Incentivo à Gestão **INVESTIMENTO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de equipamentos eletroeletrônicos e de informática necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Aquisição de veículo para uso exclusivo dos serviços e da gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Não se aplica.

**VII. DECLARAÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL**

***CONSIDERANDO*** a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei n° 12.435, de 6 de julho de 2011, Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, em especial: o inciso I do art.13 que trata sobre a competência do Estado destinar recursos financeiros aos municípios, a título de participação no custeio dos Benefícios Eventuais; o inciso II do art. 13 que dispõe sobre a competência do Estado cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local; o art. 22 que entende por Benefícios Eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e são prestadas aos cidadãos e as famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de emergência e calamidade pública;

***CONSIDERANDO*** a Lei nº 17.819, de 9 de dezembro de 2019 que institui o Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS-SC e estabelece outras providências, que apresenta: Art. 1º - Fica instituído o Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS- SC, sob a orientação e o controle do Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS, com o objetivo de destinar recursos para o financiamento da gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e dos serviços, dos programas, dos projetos e dos benefícios da área da assistência social;

***CONSIDERANDO*** a Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do CNAS, que aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS;

***CONSIDERANDO*** a Resolução nº 212, de 19 de outubro de 2006, do CNAS, que propõe critérios orientadores para a regulamentação da provisão de Benefícios Eventuais, no âmbito da Política Pública de Assistência Social;

***CONSIDERANDO*** a Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006, do CNAS, que aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH/SUAS;

***CONSIDERANDO*** o Decreto Federal nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007, que dispõe sobre os Benefícios Eventuais, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

***CONSIDERANDO***a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do CNAS, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;

***CONSIDERANDO*** a Resolução n° 39, de 9 de dezembro de 2010, do CNAS, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais, no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política Pública de Saúde;

***CONSIDERANDO*** a Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, do CNAS, que aprova a NOB/SUAS, em especial: o inciso II do art. 15 que trata da responsabilidade do Estado de cofinanciar, por meio de transferência regular e automática, na modalidade fundo a fundo, os serviços, programas, projetos e benefícios eventuais e o aprimoramento da gestão, em âmbito regional e local; e o inciso VI do art. 137 que dispõe sobre a competência da CIB em pactuar critérios, estratégias e procedimentos de repasse de recursos estaduais para o cofinanciamento de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais aos municípios;

***CONSIDERANDO*** a Resolução n° 16 de 16 de dezembro de 2022, do CEAS, que dispõe sobre a Regulamentação, Concessão e Cofinanciamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política Pública Estadual de Assistência Social;

***CONSIDERANDO*** a Resolução CIB nº 0001/2024, de 08 de abril de 2024, sobre a Regulamentação dos Pisos de Cofinanciamento Estadual do SUAS por Meio do Fundo Estadual de Assistência Social de Santa Catarina - FEAS/SC;

***CONSIDERANDO***a Resolução CIB nº 0002/2024, de 08 de abril de 2024, que aprova o Cofinanciamento Estadual 2024;

***CONSIDERANDO***a Resolução CEAS nº 18/2024, de 24 de abril de 2024, sobre a Regulamentação dos Pisos de Cofinanciamento Estadual do SUAS por Meio do Fundo Estadual de Assistência Social de Santa Catarina - FEAS/SC; e

***CONSIDERANDO***a Resolução CEAS nº 19/2024, de 24 de abril de 2024, que aprova o Cofinanciamento Estadual 2024:

- ***Declaro*** sob as penas da lei, que as informações prestadas no presente são a expressão da verdade.
- ***Declaro*** possuir Conselho Municipal de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil.

- ***Declaro*** possuir Plano de Assistência Social – PAS, aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

- ***Declaro*** possuir Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS instituído e em funcionamento, com alocação de recursos do Tesouro Municipal em seu orçamento e com Unidade Orçamentária constituída.

- ***Declaro*** que os recursos financeiros provenientes do Cofinanciamento Estadual serão inclusos no orçamento do FMAS.

- ***Declaro*** que as contas bancárias informadas de custeio e/ou investimento para cada nível de proteção social, incentivo à gestão e/ou de custeio para benefícios eventuais, correspondentes ao preenchimento realizado neste Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação, estão ativas e são específicas para o cofinanciamento estadual, não sendo utilizadas para qualquer outro fim.

**- *Declaro*** que tenho ciência da responsabilidade da Gestão Municipal em comunicar à GEFAS qualquer alteração de contato telefônico e/ou de e-mail de referência do município para assuntos relacionados ao Cofinanciamento Estadual.

- ***Declaro*** que li e estou de acordo as regulamentações, critérios, prazos, responsabilidades do ente municipal e procedimentos dispostos nas Resoluções da Comissão de Intergestores Bipartite – CIB e do Conselho Estadual de Assistência Social - CEAS referentes ao Cofinanciamento Estadual.

- ***Declaro*** que tenho ciência de que o município só poderá ser habilitado ao Cofinanciamento Estadual 2024 se apresentar todos os documentos solicitados dentro dos prazos estipulados.

- ***Declaro***que as informações prestadas no presente foram apreciadas e aprovadas pelo Conselho Municipal de Assistência Social e que serão repassadas na íntegra para o formulário eletrônico “**Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação”**, com link disponibilizado pela Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família em seu sítio eletrônico oficial.

Declaro que a li e estou de acordo com as informações do  **VII. DECLARAÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL.**

 NOME DO MUNICÍPIO, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

(Assinatura do Gestor/a)

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

NOME COMPLETO DO ASSINANTE

Gestor(a) da Assistência Social Municipal

**VIII. APROVAÇÃO DO CMAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Resolução CMAS que aprova o Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação: |  |
| ATA Nº: |  |
| DATA DA REUNIÃO: |  |

NOME DO MUNICÍPIO, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

(Assinatura do/a Presidente do CMAS)

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

Nome completo do assinante

Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social