**ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO DE**

**PROGRAMA E ENTIDADES DE ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**1 – Identificação da Entidade**

1.1. Nome Fantasia da Entidade:

1.2. Razão Social:

1.3. Endereço completo:

1.4. Ponto de Referência:

1.5. Contatos:

1. Telefone:
2. Celular:
3. E-mail:
4. Site:
5. Rede social:

1.6. Dias e Horários de Funcionamento da Entidade/Programas:

1.7. Nome do Responsável:

1.8. Nome do Coordenador/Gerente do Programa ou Entidade:

1.9. Documentação da Entidade (relacionar os documentos anexos a este formulário).

**2 - Programa Específico**

(Caso a Entidade esteja registrando apenas um programa ou projeto voltado para a pessoa com deficiência e não todas as suas atividades, responder abaixo)

Nome do Programa/projeto:

Tempo de duração:

Sobre a execução:

( ) Está sendo executado

( ) Iniciará a execução após a inscrição no COMPED

( ) Após a inscrição no COMPED a entidade iniciará captação de recursos

Recebe algum recurso público para sua execução? Indique qual fonte.

Já foi realizado em outro município ou Estado? Indique.

O programa/projeto será realizado:

( ) Na sede da entidade

( ) Em espaço público

( ) Em espaço cedido

( ) Ambiente virtual

( ) São itinerantes

( ) Outros (especifique)

**3 – Área de atuação/abrangência do Programa/Entidade**

3.1. Assinale os itens que indicam os atendimentos e serviços realizados pelo programa ou que estejam mais adequados aos objetivos da entidade:

( ) Orientação, apoio e acompanhamento sócio-familiar

( ) Promoção e atendimento de saúde (ambulatorial, hospitalar ou domiciliar)

( ) Prestação de serviço especializado ou de referência

( ) Promoção dos direitos e garantias da pessoa com deficiência

( ) Grupo de convivência / organização comunitária

( ) Outro: (Especificar: por exemplo: estudo, apoio, proteção)

3.2. Número de pessoas atendidas, identificadas por modalidade de atendimento/serviço:

3.2.1. Caso o programa ainda não esteja em execução, indique a quantidade de pessoas com deficiência a serem alcançadas por modalidade de atendimento ou serviço.

3.3. Possui registro em outros Conselhos? Quais? (descrever):

3.4. Possui convênios ou outros termos de parceria com órgãos públicos?

( ) Municipal (identificar):

( ) Estadual (identificar):

( ) Federal (identificar):

Descreva:

3.5. Natureza Jurídica

( ) Direito Privado com fins lucrativos

( ) Direito Privado sem fins lucrativos

( ) Direito Privado público

3.6. Tipo de Pessoa Jurídica

( ) OS (Organização Social – Lei 9.637/1998)

( ) OSC (Organização da Sociedade Civil - Lei 13.019/2014 – 13.204/2015)

( ) OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - Lei 9.790/1999)

( ) Fundação ou Instituto

( ) Instituição Pública ou de economia mista

( ) Outros (especificar):

**4. Instalações Físicas**

4.1. Sede

( ) Própria

( ) Alugada

( ) Cedida (especificar)

( ) Outro (especificar)

4.2 As atividades são desenvolvidas:

( ) Na sede

( ) Em espaço público

( ) Itinerante

( ) Ambiente virtual

( ) Outros (especificar)

**5. Do requerimento**

Declaro que as informações que constam neste documento são expressão da verdade e solicito o recebimento da documentação anexa para análise COMPED.

Data:

Cargo ou função:

Nome completo:

Assinatura:

(A assinatura pode ser manuscrita)