# FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

# PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - PAS/ 2022

**SOBRE A ORGANIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| **1. DADOS DA SEDE/UNIDADE QUE SERÁ INSCRITA PARA O APOIO** |
| Nome da organização**:** | Sigla**:** |
| CNPJ**:** |
| Endereço (nome da rua, número, complemento): | Bairro**:** |
| Cidade**:** | UF**:** | CEP**:** |
| Telefone 1: |  Telefone 2**:**  |
| E-mail**:** | Página eletrônica (site)**:** |
| A Organização possui nutricionista: ( ) Sim ( ) Não |
| **PARCERIA FUNDAÇÃO SALVADOR ARENA**: Especificar se já solicitou/recebeu apoio do PACES: (ano e se a solicitação foi aprovada ou recusada). |
| ***Ano da solicitação ou apoio*** | ***Aprovado*** | ***Recusado*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. RESPONSÁVEL PELA PARCERIA COM A FUNDAÇÃO SALVADOR ARENA**  |
| Nome completo do responsável pela parceria**:** |
| Função / cargo**:** |
| E-mail (responsável)**:** |
| Telefone (responsável)**:** | Ramal | Celular (responsável)**:** |

|  |
| --- |
| **4. PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS** **PELA UNIDADE SOLICITANTE** Deve conter uma descrição sucinta dos trabalhos que vêm sendo realizados pela organização. (Máximo: 6 linhas) |
|  |

|  |
| --- |
| **5. INFORME A CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE QUE A INSTITUIÇÃO SOLICITA O APOIO:** |
| **( ) ASSISTÊNCIA SOCIAL**  | **( ) EDUCAÇÃO** |
| ( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo  | ( ) Acolhimento: Casa Lar | ( ) Educação Infantil |
| ( ) Proteção a Adolescente – Medida Socioeducativa e Liberdade Assistida  | ( ) Acolhimento: Família Acolhedora | ( ) Educação Especial |
| ( ) Proteção Domiciliar para Pessoa com Deficiência Ou Idosos | ( ) Acolhimento: República | ( ) Ensino Profissionalizante  |
| ( ) Proteção Especial para Pessoa com Deficiência, Idosos e sua Família  | ( ) Acolhimento: Residência Inclusiva | ( ) Ensino Técnico  |
| ( ) Serviço Especializado em Abordagem Social  | ( ) Proteção: Calamidades e Emergência  |  ( ) Outros: |
| ( ) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua | ( ) Proteção: Calamidades e Emergência  |  ( ) Outros: |

|  |
| --- |
| **6. PÚBLICO ALVO ATENDIDO NA UNIDADE QUE A INSTITUIÇÃO SOLICITA O APOIO**  |
| **FAIXA ETÁRIA** | **QUANTIDADE** | **OUTRAS INFORMAÇÕES:** gênero, situação de renda, procedência ou outras informações relevantes que identifiquem o público alvo. |
| De zero a 5 anos  |  |  |
| De 06 a 14 anos |  |
| De 15 a 17 anos |  |
| De 18 a 29 anos |  |
| De 30 a 59 anos |  |
| Acima de 60 anos |  |
| **Total de usuários** |  |

|  |
| --- |
| **7. RECURSOS PARA ALIMENTAÇÃO** |
| **INFORME O VALOR MÉDIO MENSAL GASTO COM ALIMENTAÇÃO PARA OS USUÁRIOS** | **INFORME O VALOR MÉDIO MENSAL RECEBIDO DE CONVÊNIOS, PARCERIAS, FINANCIADORES ETC......** ( contabilizar as doações recebidas em valores) |
| **R$**  | **R$** |

|  |
| --- |
| **9. REFEIÇÕES SERVIDAS NA UNIDADE QUE A INSTITUIÇÃO SOLICITA O APOIO**  |
| **QUANTIDADE DE VEZES NA SEMANA** | **QUANTIDADE DE REFEIÇÕES DIÁRIAS POR USUÁRIO** | **TIPO DE REFEIÇÃO** |
| ( ) 1X na semana | ( ) 1 refeição no dia | ( ) café da manhã |
| ( ) 2X na semana | ( ) 2 refeições no dia | ( ) almoço |
| ( ) 3X na semana | ( ) 3 refeições no dia | ( ) lanche da tarde |
| ( ) 4X na semana | ( ) 4 refeições no dia | ( ) jantar |
| ( ) 5 X na semana  | ( ) 5 refeições no dia | ( ) Ceia |
| ( ) Mais de 5 dias na semana |
| ***OBS: marque apenas 1 opção, de acordo com o que é feito na Instituição.*** | ( ) Outros: |

|  |
| --- |
| **10. LOCAL, DATA E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO**  |
| Município**:**  | Data**:** | Assinatura do representante legal da ONG: |