

**FORMULÁRIO DE REGISTRO E INSCRIÇÃO DE PROGRAMA, PROJETO E SERVIÇO
DA ENTIDADE GOVERNAMENTAL E NÃO GOVERNAMENTAL DO
DISTRITO FEDERAL, EM CONCORDÂNCIA COM A
LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 - ESTATUTO DO IDOSO**

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO				
Nome da Entidade (de acordo com o Estatuto):				
CNPJ nº:				
Endereço:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone: ()	Celular: ()	Instagram:		
E-mail:		Facebook:		
Nome da Mantenedora:				
Endereço:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone: ()		Celular: ()		
IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE				
Nome Completo:				
Endereço Residencial:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone: ()	Celular: ()		Instagram:	
E-mail:		Facebook:		
CPF:		RG/Órgão Emissor:		
Escolaridade/Formação:		Período do Mandato: De: ___/___/___ Até: ___/___/___.		
IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS				
NOME	CARGO	RG	CPF	E-mail

ASPECTOS LEGAIS

Estatuto: () Sim () Não **Ata de Eleição:** () Sim () Não

Regimento Interno: () Sim () Não

Data da Fundação: ____/____/____	Período de Mandato da Atual Diretoria: De: ____/____/____ Até: ____/____/____
---	---

DOCUMENTAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO

	NÚMERO	VALIDADE
() Alvará de Localização e Funcionamento		
() Inscrição GDF		
() Conselho Nacional de Assistência Social		
() Declaração de Entidade de Assistência Social ou Utilidade Pública		
() Registro no Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal		
() Inscrição de Programa no Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal		
() Convênio. Qual?		
() Outros		

MODALIDADE DE ATENDIMENTO, art. 2º, no Capítulo 1

- () Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI
- () Centro de Convivência para Idosos – CCI
- () Associação
- () Programa/Projeto

Casa-Lar ou serviço de acolhimento em repúblicas

Proteção social especial em Centros-dia e oficina abrigada de trabalho

Outros _____

NATUREZA JURÍDICA	CATEGORIA
-------------------	-----------

<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Sociedade Empresária <input type="checkbox"/> Fundacional <input type="checkbox"/> Sociedade Simples <input type="checkbox"/> Associativa <input type="checkbox"/> Sociedade Limitada <input type="checkbox"/> Filantrópica	<input type="checkbox"/> Privada sem finalidade lucrativa (instituições mantidas por organizações não governamentais, pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, as quais mantem unidades executoras) <input type="checkbox"/> Privada com finalidade lucrativa (pessoa jurídica de direito privado com fins lucrativos) <input type="checkbox"/> Instituições Públicas (instituições mantidas integralmente pelo Poder Público, sendo pessoas jurídicas de direito público) <input type="checkbox"/> Outros, qual? _____
--	---

FINANÇAS DA INSTITUIÇÃO	OUTRAS FONTES DE RECURSOS
-------------------------	---------------------------

<p>a) A entidade recebe recursos públicos?</p> <p>a.1) Convênios governamentais:</p> <input type="checkbox"/> Governo do Distrito Federal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Não recebe <p>a.2) Subvenções Sociais:</p> <input type="checkbox"/> Governo do Distrito Federal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Não recebe <p>a.3) Doações:</p> <input type="checkbox"/> Empresas e Comércio <input type="checkbox"/> Instituições religiosas <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não recebe	<p>A instituição possui assistência jurídico-contábil?</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <p>Alvará de localização e funcionamento (mesmo que provisório)</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <p>Laudo do Corpo de Bombeiros, precedido de avaliação</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <p>Licença ou Alvará Sanitário (Vigilância sanitária do Distrito Federal)</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <p>Programas Inscritos no Conselho de Direitos da Pessoa Idosa do Distrito Federal</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <p>Programas Inscritos no Conselho Federal da Pessoa Idosa</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE
--	---

RECURSOS RECEBIDOS PELA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO
--

- Doações
- Promoções próprias
- Contribuições
- Doações externas
- Repasse da união
- Repasse distrital
- Outros _____

PROCEDENCIA DO USUÁRIO ATENDIDO

- Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS
- Hospital
- Polícia Militar
- Outros _____

ISENÇÃO OBTIDAS

- Energia Elétrica
- Água e Esgoto
- Imposto de Renda
- Taxa de Limpeza Pública
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
- IPVA – Imposto de Propriedade de Veículos Automotores
- ISS – Imposto sobre Serviços
- IPTU – Imposto Territorial Urbano
- OUTROS (Especificar):

INFORMAÇÕES GERAIS DA ENTIDADE

RECURSOS HUMANOS:

Quantos Funcionários? _____

Há terceirizados? () SIM () NÃO, QUANTOS? _____.

ATIVIDADES E SERVIÇOS OFERTADOS – PERIODICIDADE:

Atividade/Serviço	Sim	Não	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal
Atividades de lazer/cultural/recreativa						
Atividades na comunidade						
Atividades Educacionais						
Educador Físico						
Assistente Social						
Fisioterapeuta						
Psicólogo						
Médico Clínico Geral						
Médico Geriatra						
Nutricionista						
Terapeuta Ocupacional						
Participação de cultos Religiosos						
Musicoterapia						
OUTROS						

CAPACIDADE MÁXIMA DE ATENDIMENTO:

Idoso	Capacidade instalada (vagas)	Número de pessoas acolhidas	Demanda reprimida (lista de espera)
Feminino			
Masculino			
TOTAL			

GRAU DE DEPENDÊNCIA:

Idoso	Grau de Dependência I	Grau de Dependência II	Grau de Dependência III
Feminino			
Masculino			
TOTAL			
<p>Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;</p> <p>Grau de Dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;</p> <p>Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.</p>			

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA ENTIDADE

- 07:00 às 12:00
- 12:00 às 18:00
- 18:00 às 23:00
- 24:00
- 08:00 às 18:00

FREQUENCIA DO ATENDIMENTO

- Diário
- Eventual
- Semanal
- Mensal

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

- Plano de Trabalho ou Plano de Ação
- Anual
- Permanente

FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS AO IDOSO PELA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO

--

Brasília-DF, ____/____/____.

Assinatura do Responsável pela Entidade/Instituição