Додаток 3

до оголошення № 5 «Про проведення у 2020 році конкурсу на надання соціальної послуги за рахунок коштів обласного бюджету»

|  |  |
| --- | --- |
| **Замовник соціальних послуг:** | Департамент соціальної та молодіжної політики облдержадміністрації |
| **Назва конкурсу:** | «Про проведення у 2020 році конкурсу на надання соціальної послуги за рахунок коштів обласного бюджету» |
| **Дата оголошення конкурсу:** | 10.07.2020 року |
| **Назва соціальної послуги:** | підтримане проживання осіб з інвалідністю |
| **Соціальні групи (категорії осіб), яким надається соціальна послуга:** | 1. особи з інвалідністю |

**І. Відомості про суб’єкта**

**Загальна інформація**

|  |  |
| --- | --- |
| **Повне та скорочене найменування** (вказується згідно з установчими документами): |  |
| **Організаційно-правова форма:** |  |
| **Орган та дата державної реєстрації** (вказується згідно свідоцтва про державну реєстрацію (витягу, виписки з єдиного державного реєстру): |  |
| **Мета та основні напрямки діяльності** (вказується згідно з установчими документами): |  |
| **Код ЄДРПОУ** (для юридичних осіб):  **Реєстраційний номер облікової картки платника податків** (для фізичних осіб-підприємців): |  |
| **Податковий статус:** Прибуткова чи неприбуткова організація (неприбутковa організація вказує дату і номер рішення про включення до Реєстру неприбуткових установ та організацій, структуру ознаки неприбутковості), статус платника ПДВ. |  |
| **Місцезнаходження** (вказується згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців): |  |
| **Фактична адреса:** |  |
| **Контактні телефон, факс, адреса електронної пошти:** |  |
| **Керівник** (прізвище, ім’я та по батькові, посада): |  |
| **Бухгалтер** (прізвище, ім’я та по батькові, контактні телефон, факс, адреса електронної пошти): |  |
| **Банківські реквізити** (№ поточного рахунку, назва установи банку, МФО): |  |

**II. Опис соціального/соціально-освітнього проекту учасника**

|  |
| --- |
|  |

**III. Характеристика послуги**

**Умови роботи:** служба, заклад, повний робочий день, неповний робочий день, обслуговування вдома тощо.

**Організація надання послуги:** щоденно, щотижня, щорічно тощо.

**Розташування** у випадку надання послуг в різних місцях.

**Інше**.

**IV. Відомості про персонал суб’єкта, що залучається до надання послуги**

**УВАГА! Заповнюється по кожній особі, що працює для надання послуги**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Кадровий склад (посада)** | **Кваліфікація** | **Наявність особистих медичних книжок** | **Попередній досвід роботи з надання соціальних послуг** | **Функції в межах виконання соціального замовлення** | **Витрати на винагороду персоналу в день** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**V. Фінансова інформація**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Показники** | **Сума (грн.)** |
| **1** | **Вартість одиниці послуги (грн.)** (година/день/захід) |  |
| **2** | **Складові розрахунку вартості одиниці послуги:** |  |
| **2.1** | **Вартість одиниці послуги за видом витрат**  (зазначити по кожній статті бюджету) |  |
| **2.1.1** |  |  |
| **2.1.2** |  |  |
| **2.1.3** |  |  |
| **2.2** | **Інші витрати пов’язані з наданням однієї послуги** |  |
| **3** | **РАЗОМ: вартість однієї одиниці послуги (грн.)** |  |
| **4** | **Частка постачальника у формі меценатства або добровільного пожертвування в грошовому еквіваленті на одну послугу (грн.)** |  |

**VI. Досвід і партнерство**

**1. Інформація про попередній досвід у сфері надання соціальних послуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **Попередні договори про залучення бюджетних коштів до надання соціальних послуг** (у разі виконання кількох замовлень додається необхідна кількість рядків) | |
| **Замовник соціальних послуг:** |  |
| **Строк надання соціальних послуг** (вказується місяць, рік початку та закінчення строку): |  |
| **Отримувачі соціальних послуг та їх фактична кількість** (вказуються соціальні групи, окремі категорії осіб та фактична кількість кожної соціальної групи (категорії)): |  |
| **Сума договору, грн.:** |  |
| **Попередні проекти щодо надання соціальних послуг** (у разі виконання кількох проектів додається необхідна кількість рядків) | |
| **Джерело фінансування** (бюджетні кошти, кошти проекту (програми) міжнародної технічної допомоги, кошти благодійної/безповоротної фінансової допомоги (зазначається найменування донора): |  |
| **Строк виконання проекту** (вказується місяць, рік початку та закінчення строку): |  |
| **Мета і завдання проекту:** |  |
| **Отримувачі соціальних послуг та їхня фактична кількість** (вказуються соціальні групи, окремі категорії осіб та фактична кількість кожної соціальної групи (категорії)): |  |
| **Сума фінансування, грн:** |  |

**2. Вказати, які партнерські відносини учасник конкурсу планує встановити з надавачами інших послуг для сприяння обслуговування користувачів, налагодження їхньої життєвої ситуації та подолання труднощів.**

|  |
| --- |
| **Відносини із соціальними службами, соціальними працівниками, з іншими приватними або державними службами, різними органами влади тощо.** |

**Суб’єкт, що надає соціальні послуги:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| *(повнe найменування юридичної особи / прізвище, ім’я по батькові фізичної особи - підприємця)* | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *(керівник або уповноважена особа)* |  | *(підпис)* |  | *(прізвище та ініціали)* |
|  |  | М.П. | | |
|  |  | “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |  |  |
|  |  | *(дата подання пропозиції)* |  |  |

**Примітка: кожна сторінка конкурсної пропозиції повинна бути підписана керівником претендента на участь в конкурсі та завірена печаткою.**