Integralios pagalbos teikimo partnerių

atrankos tvarkos aprašo

1 priedas

**PARAIŠKA**

**INTEGRALIOS PAGALBOS TEIKIMO PARTNERIŲ ATRANKAI**

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

(data)

Pagėgiai

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIJA APIE ĮSTAIGĄ/ORGANIZACIJĄ:**
 |
| Įstaigos/organizacijos pavadinimas  |  |
| Įstaigos/organizacijos teisinė forma |  |
| Juridinio asmens kodas |  |
| Adresas, telefono nr., el. p. adresas |  |
| Įstaigos/organizacijos vadovo vardas, pavardė, pareigos |  |
| Kontaktinio asmens/paraiškos rengėjo duomenys (vardas, pavardė, pareigos, telefono Nr., el. p. adresas) |  |
| **Paslaugos teikimo Pagėgių savivaldybės teritorijoje patirtis** |
| Dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimo Pagėgių savivaldybėje patirtis | *Įrašyti patirtį metais* |
| Įstaiga/organizacija turi licenciją teikti dienos socialinę globą vaikui su negalia, suaugusiam asmeniui su negalia, senyvo amžiaus asmeniui | *Pridedama licencijos kopija* |
| Įstaiga/organizacijaturi asmens sveikatos priežiūros licenciją teikti bendrosios praktikos slaugos ar bendruomenės slaugos paslaugas | *Pridedama licencijos kopija* |
| Įstaigos/organizacijos socialinės globos atitikties socialinės globos normoms vertinimas ir įsivertinimas (senyvo amžiaus asmenų, suaugusių asmenų su negalia ir vaikų su negalia). | *Vykdomas/nevykdomas. Jei vykdomas, pateikti dokumento kopiją arba nuoroda į dokumentą.* |
| **II. INFORMACIJA APIE TIKSLINĘ GRUPĘ, PASLAUGOS SUDĖTĮ IR DARBUOTOJUS** |
| Tikslinė grupė | *Aprašyti tikslinę grupę (amžius, negalios pobūdis), kuriai bus teikiama integrali pagalba, nurodyti paslaugos gavėjų skaičių, teritorinę paslaugos gavėjų aprėptį* |
| Paslaugos sudėtis | *Aprašyti paslaugą* |
| Paslaugos teikėjai, jų darbo krūvis, darbo laiko trukmė | *Nurodyti darbuotojų, teiksiančių integralią pagalbą ir kurie yra įdarbinti įstaigoje/organizacijoje, pareigybes, jų skaičių, jų darbo krūvį ir darbo laiko trukmę.**Pridėti darbuotojų kompetenciją ir išsilavinimą patvirtinančių dokumentų kopijas.* |
| Turimi resursai projektui įgyvendinti | *Patalpos, įranga, transporto priemonės...* |
| Informacija apie planuojamus įsigyti materialiuosius išteklius,reikalingus integraliai pagalbai teikti | *Aprašyti, kokios priemonės bus reikalingos integraliai pagalbai teikti, ar paraiškos teikėjas planuoja jas įsigyti ir pan.):* |
| Laukiami kiekybiniai ir kokybiniai rezultatai, projekto įgyvendinimo laikotarpiu ir po jo | *Planuojamas integralios pagalbos gavėjų skaičius, pokytis ir nauda tiesioginiams naudos gavėjams, suteikus integralią pagalbą* |
| **III. Informacija apie paraiškos teikėjo patirtį, įgyvendinant nacionalinėmis ir (ar) Europos Sąjungos lėšomis finansuotus/finansuojamus socialinių paslaugų srities projektus (pateikti trumpą informaciją apie 2020–2022 metais įgyvendintus/įgyvendinamus projektus):** |
| *Pateikite projekto pavadinimus, įgyvendinimo laikotarpį, finansavimo šaltinį.* |
| Papildoma informacija |  |
|  |  |

PRIDEDAMA:

1. Įstaigos / organizacijos steigimo dokumentų (įstatų / nuostatų) kopija, \_\_\_ lapai (-ų).
2. Licencijų dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimui kopijos, \_\_\_lapai (-ų).
3. Pažyma apie atsiskaitymą su valstybės, savivaldybių biudžetais ir valstybės pinigų fondais, \_\_\_lapai (-ų);
4. Pažyma iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, jog įstaiga/organizacija neturi skolų, susijusių su valstybinio socialinio draudimo įmokų, delspinigių, baudų ir (ar) palūkanų mokėjimu, \_\_\_\_lapas (-ai).
5. Specialistų, teikiančių integralios pagalbos paslaugas, kompetenciją ir išsilavinimą patvirtinančių dokumentų kopijas, \_\_\_lapai (-ų).
6. Kiti dokumentai, \_\_\_ lapai (-ų).

Įstaigos / organizacijos vadovas ar

įgaliotas asmuo

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

(Pareigų pavadinimas) (Parašas) (Vardas ir pavardė)