# плашка.jpg

# Проект

**«Соціальні послуги – спільними зусиллями»**

**Заявка на участь у конкурсі на отримання гранту**

1. **Інформація про організацію**

|  |  |
| --- | --- |
| **Повна назва організації** |  |
| **Організаційно-правова форма організації** |  |
| **Дата реєстрації організації** |  |
| **Контактні дані організації** | Контактна особа організації:  Адреса для листування:  Адреса електронної пошти:  Телефон: |

1. **Інформація про бюджет проекту[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Загальний бюджет проекту *(грн)*** |  |
| **Запитувана сума грантового фінансування *(грн)*** |  |
| **Внесок місцевого органу влади/органу місцевого самоврядування *(грн)*** |  |
| **Власний внесок організації *(грн)*** |  |

**3. Опис проекту**

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва проекту** |  |
| **Цільові групи проекту** |  |
| **Види послуг, які надаватимуться в рамках проекту** | *Вкажіть види та зміст соціальних послуг, які надаватимуться в рамках проекту*  *Вкажіть, на базі якої організації/установи надаватимуться соціальні послуги*  *Зазначте графік надання послуг, із визначенням кількості осіб, які отримають послуги, кількість годин на день/тиждень* |
| **Місце надання послуг** | *Визначте де саме буде відбуватись надання послуг* |
| **Територіальне охоплення проекту** | *Вкажіть, будь ласка, населені пункти та райони, в яких надаватимуться послуги/здійснюватиметься діяльність в рамках проекту* |
| **Проблема, на вирішення якої спрямований проект** | *Не більше ½ сторінки*  *Будь ласка, при характеристиці проблеми вказуйте кількісний вимір проблеми для місцевості, яку охопить проект*  *Вкажіть відому Вам інформацію щодо спроб вирішення наявної проблеми*  *Обґрунтуйте можливість розв`язання проблеми за підсумками виконання проекту* |
| **Мета проекту** |  |
| **Завдання проекту** | **1.**  **2.**  **3.**  **4.**  **5.** |
| **Уникнення дублювання діяльності та витрат** | ***Обґрунтуйте наступне:***   * *діяльність в рамках проекту не дублює діяльність комунальних установ з надання послуг;* * *діяльність в рамках проекту не спрямована на забезпечення функціонування комунальних установ;* * *діяльність в рамках проекту не передбачає подвійного фінансування за рахунок бюджетних коштів та/або коштів інших донорів.* |
| **Співпраця з місцевої владою в рамках проекту** | 1. Назва органу виконавчої влади/органу місцевого самоврядування, у співпраці з яким виконуватиметься проект 2. Контактна особу вказаного органу влади (органу місцевого самоврядування):   ПІБ:  Посада:  Контактний телефон:   1. Матеріальний внесок місцевої влади у проект *(максимально конкретно)[[2]](#footnote-2)*: 2. Яким чином гарантовано матеріальний внесок місцевої влади у проект (наприклад, підписана угода про пільгову оренду приміщення; укладена угода про фінансову підтримку тощо): |
| **Ресурси, необхідні для реалізації проекту** | * Працівники організації, що безпосередньо братимуть участь у реалізації проекту *(прізвища та імена, посади в проекті, кваліфікація, досвід, функції в межах проекту):*      * Залучені сторонні фахівці *(прізвища та імена, посади в проекті, кваліфікація, досвід, функції в межах проекту):* * Обґрунтування потреби у придбанні обладнання та його характеристики *(у разі наявності такої потреби):* |
| **Очікувані результати проекту** | Очікувані кількісні результати *(у т.ч. кількість представників цільової групи, які отримають послуги в рамках проекту)*:  Очікувані якісні результати: |
| **Стійкість проекту** | *Опишіть, яким чином фінансуватиметься проектна діяльність після закінчення грантової підтримки, у тому числі вкажіть основне джерело фінансування:*  *Опишіть, яким чином (за допомогою яких механізмів та через які рішення) місцева влада підтримуватиме проектну діяльність після закінчення грантового фінансування:* |
| **Моніторинг та оцінка** | *Надайте методику моніторингу та оцінки діяльності в рамках проекту та рівня задоволення потреб отримувачів послуг.* |
| **Ризики** | *Опишіть ризики, які можуть перешкодити реалізації проекту*  *Опишіть стратегії реагування на кожен із визначених ризиків.* |

**4. План виконання проекту**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Діяльність | Місяць 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | Відповідальна особа |
| Вид діяльності/захід 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вид діяльності/захід 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вид діяльності/захід 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вид діяльності/захід 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. Додатково про організацію**

|  |  |
| --- | --- |
| **Основна мета та напрямки діяльності організації** | *Будь ласка, уникайте розлогих формулювань*  *Будь ласка, опишіть фактичні напрямки діяльності організації* |
| **Основні цільові групи, в інтересах яких працює організація** | 1.  2.  3. |
| **Основні види соціальних послуг, які надає організація** | 1.  2.  3. |
| **Уповноважена особа організації** | ПІБ:  Посада:  Контактний телефон:  Адреса електронної пошти: |
| **Кількість працівників організації** | Соціальні працівники:  Адміністративні співробітники:  Волонтери: |
| **Проекти організації** | Проект 1:  Назва проекту:  Тривалість проекту (міс.):  Загальний бюджет проекту:  Мета проекту:  Бенефіціари проекту:  *(будь ласка, вкажіть* ***три*** *найбільші проекти* ***за останні три роки****)* |
| **Кількість одержувачів послуг (за основними видами послуг, за 2015 рік)** | 1. Послуга 1 (вкажіть назву), осіб: 2. Послуга 2 (вкажіть назву), осіб: 3. Послуга 3 (вкажіть назву), осіб: 4. Послуга 4 (вкажіть назву), осіб: |
| **Членство організації у національних/регіональних мережах та коаліціях** | Назва мережі/коаліції:  Контактна особами мережі/коаліції:  Адреса електронної пошти та телефон контактної особи мережі/коаліції: |
| **Досвід співпраці з місцевою владою та досвід отримання бюджетних коштів** | *Не більше ½ сторінки*  *Будь ласка, вказуйте конкретні форми співпраці* |
| **Матеріально-технічна база організації** | *Будь ласка, вкажіть наявні у власності чи в розпорядженні організації ресурси:*   1. *Офісні приміщення (місцезнаходження, площа):* 2. *Приміщення для надання соціальних послуг (місцезнаходження, площа):* 3. *Офісна техніка (кількість, вид):* 4. *Інвентар для надання соціальних послуг (вкажіть вид та кількість):* |

Підпис керівника проекту Дата “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Підпис керівника організації Дата “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

***Підписи засвідчують зобов`язання організації подавати у проектній пропозиції правдиву інформацію.***

1. *Максимальна сума грантового фінансування не може перевищувати 412500 грн*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Зверніть увагу, що внесок місцевої влади НЕ може бути у вигляді безкоштовного надання послуг, які в будь-якому разі надаються в межах виконання функцій відповідних органів влади.*  [↑](#footnote-ref-2)