# 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)