Projekto „Kompleksinės paslaugos šeimai“ partnerių atrankos aprašo

1 priedas

(Paraiškos dėl įtraukimo į partnerių, dalyvausiančių įgyvendinant „Kompleksinės paslaugos šeimai“ projektą, sąrašo forma)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(paraiškos teikėjo pavadinimas, kodas, adresas, ryšio duomenys)

Pasvalio rajono savivaldybės administracijai

Vytauto Didžiojo a.1, LT-39143 Pasvalys

**PARAIŠKA**

**DĖL ĮTRAUKIMO Į PARTNERIŲ, DALYVAUSIANČIŲ ĮGYVENDINANT „KOMPLEKSINĖS PASLAUGOS ŠEIMAI“ PROJEKTĄ, SĄRAŠĄ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nr.

(data)

**1. PARTNERIO DUOMENYS**

|  |  |
| --- | --- |
| Pavadinimas |  |
| Juridinio asmens kodas |  |
| Atsakingas asmuo |  |
| Atsakingo asmens telefonas |  |
| Atsakingo asmens el. paštas |  |

**2. PARTNERIO VEIKLOS APRAŠYMAS** (pateikite informaciją apie įstaigos, organizacijos, privataus juridinio ir fizinio asmens tikslą (-us), uždavinius, pagrindines veiklas, kurios turi būti susijusios su kompleksinių paslaugų teikimu šeimoms ar panašaus pobūdžio veikla, numatomus projekto dalyvius (tikslinę grupę, kuriems bus skirtos paslaugos) planuojamą jų skaičių)

|  |
| --- |
|  |

**3. PAGRĮSKITE SAVO ĮSTAIGOS, ORGANIZACIJOS, PRIVATAUS JURIDINIO ASMENS AR FIZINIO ASMENS MOTYVACIJĄ TEIKTI KOMPLEKSINES PASLAUGAS ŠEIMAI** (asmeninio asistento paslaugas asmenims su fizinę ir (ar) kompleksine negalia)

|  |
| --- |
|  |

**4. IŠSAMIAI APRAŠYKITE PATIRTĮ, TEIKIANT KOMPLEKSINES PASLAUGAS ŠEIMAI, PAGAL ŠIAS VEIKLAS: ASMENINIO ASISTENTO PASLAUGOS ASMENIMS SU FIZINE IR (AR) KOMPLEKSINE NEGALIA**

|  |
| --- |
|  |

**5. KOKIAI VEIKLAI VYKDYTI SKIRTOS JŪSŲ PASLAUGOS? PAŽYMĖKITE IR ARGUMENTUOKITE PASIRINKIMĄ** (asmeninio asistento paslaugas asmenims su fizinę ir (ar) kompleksine negalia)

|  |
| --- |
|  |

**6. APRAŠYKITE SAVO ĮSTAIGOS, ORGANIZACIJOS, PRIVATAUS JURIDINIO ASMENS AR FIZINIO ASMENS KOMPETENCIJĄ TEIKIANT KOMPLEKSINES PASLAUGAS ŠEIMAI, NURODYDAMI: ŽMOGIŠKUOSIUS IŠTEKLIUS, ĮGYVENDINAMŲ PROJEKTŲ APIMTIS, TEIKIAMŲ PASLAUGŲ BEI TIKSLINĖS GRUPĖS MASTUS**

|  |  |
| --- | --- |
| Žmogiškieji ištekliai (etatai / darbuotojų skaičius) |  |
| Darbuotojų išsilavinimas |  |
| Savanorių skaičius |  |
| Patirtis vykdant/dalyvaujant projektuose per pastaruosius 3 metus, kurie buvo nukreipti į paslaugas šeimai |  |
| Įstaigos, organizacijos veikloje dalyvaujančių šeimų (asmenų) skaičius per mėnesį |  |
| Vienos konkrečios veiklos Jūsų įstaigoje, organizacijoje, nukreiptos į Kompleksinę paramą šeimai, aprašymas |  |

**7. AR GALITE TEIKTI PASLAUGAS ASMENIMS SU NEGALIA?** (Pažymėkite X)

|  |  |
| --- | --- |
| Taip |  |
| Taip, bet tik su tam tikra negalia (įvardyti) | su fizine ir (ar) kompleksine negalia |
| Ne |  |

**8. JEIGU Į KLAUSIMĄ NR. 7 ATSAKĖTE TEIGIAMAI, APRAŠYKITE KOKIAS PASLAUGAS GALĖTUMĖTE TEIKTI**

|  |
| --- |
|  |

**9. KITA**

|  |
| --- |
|  |

Organizacijos vadovas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(parašas) (vardas, pavardė)

A.V.