Додаток до наказу Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю від 07.02.2025 № 13

**ЗАЯВА**

**на участь у відборі територіальних громад для участі у проєкті надання фінансової допомоги у вигляді малих грантів для надання соціальних послуг сім’ям з дітьми та дітям та/або послуги раннього втручання**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код рядка |   |   |
| 1. | Повне та скорочене найменування територіальної громади. |   |
| 2. | Територіальна громада. Адреса (індекс, область, місто, район у місті (селище/село), вулиця, будинок, номер)  |   |
| 3. | Якщо територіальна громада є учасником експериментального проекту відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 жовтня 2023 р. № 1049 “Про реалізацію експериментального проекту із запровадження комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості” відповідна інформація зазначається у заяві додатково. |  |
| 4. | Керівник територіальної громади або уповноважена особа (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), посада. |  |
| 5. | Контактна особа, ПІБ, посада, електронна адреса, контактний телефон. |  |
| 6. | Електронна пошта територіальної громади |  |

1. **Чи надаються у громаді соціальні послуги?**

Якщо надаються – заповніть таблицю:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Джерело фінансування** | **Назва послуги** | **Надавач (повна назва, адреса (місце) надання послуги** |
| 1. | Кошти місцевого бюджету |  |  |
| 2. | Кошти державного бюджету |  |  |
| 3. | Кошти міжнародних партнерів |  |  |

1. **Опишіть, чому територіальна громада підходить для реалізації запропонованого проєкту.**
2. **Перелік послуг, надання яких потребує територіальна громада.**
3. **Опишіть фінансовий внесок та нематеріальний внесок, який готова надати громада у разі участі в проєкті (за наявності).**

*Підтвердження власного внеску громади може бути у форматі зобов’язань нефінансового характеру, наприклад, залучення фахівців уповноваженого органу до участі у проекті, можливість користування комунальним транспортом, приміщеннями для надання соціальних послуг.*

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

(ПІБ керівника або уповноваженої особи)

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

 (дата подання заяви) (підпис)