**Додаток № 2**

**до Договору про забезпечення**

**надання комплексної соціальної**

**послуги з формування життєстійкості**

**від 15 грудня 2023 р.**

**№ 109**

Додаток 1 до звіту

Акт реалізованих заходів

під час надання комплексної соціальної послуги

формування життєстійкості

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

м. \_\_\_\_\_\_\_ “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_року

Надавач комплексної соціальної послуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(найменування надавача соціальних послуг)

в особі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(посада, прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)

що діє на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

(або \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, що надає соціальні послуги)

що діє на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(назва та реквізити документа)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Посада фахівця | Найменування заходу, що становить зміст комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості | Обсяг проведеного заходу (годин) | Кількість отримувачів соціальної послуги, які взяли участь в заході, що становить зміст комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості  |
| кількість заходів(од.) | кількість год на один захід (годин) | кількість годин фактично проведених заходів(годин) |
| Соціальний менеджер/ Фахівець із соціальної роботи |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Разом | Х |  |  |  |  |
| Практичний психолог/ Психолог (соціальна сфера)  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Разом | Х |  |  |  |  |
| Фахівець із соціальної роботи  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Разом | Х |  |  |  |  |

\* Відповідальність за достовірність вказаної інформації у цьому Акті несе керівник Надавача комплексної соціальної послуги

Керівник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) (підпис)

Головний бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) (підпис)

**Реквізити сторін**

|  |  |
| --- | --- |
| **Замовник**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю** | **Виконавець**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Громадська організація** **«Сузір’я Малин»**   |
| **Генеральний директор****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Музиченко В. В.**  | **Голова****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черниш Л. Д.** |