**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.** |