**Додаток № 3**

**до Договору про забезпечення**

**надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості**

**від 15 грудня 2023 р.**

**№ 109**

Додаток 2 до звіту

|  |  |
| --- | --- |
| ЗАТВЕРДЖУЮ | ЗАТВЕРДЖУЮ  |
| Керівник надавача комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( підпис) власне ім’я, прізвище  | Керівник Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) власне ім’я, прізвище |

Акт №\_\_\_\_\_\_

надання комплексної соціальної послуги

з формування життєстійкості

відповідно до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквізити договору про забезпечення надання комплексної соціальної послуги з 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)

що називатиметься надалі “Виконавець”, з однієї сторони та

Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю в особі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

що діє на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , називатиметься надалі “Замовник”,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

погодили, що загальна фактична вартість надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості, яка підлягає сплаті, становить \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) гривень \_\_\_копійок, без ПДВ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Кількість фахівців\* | Кількість здійснених заходів, що становлять зміст комплексної соціальної послуги формування життєстійкості | Кількість запланованих годин надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкостівідповідно до договору(години)  | Кількість фактичних годин надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості (години) | Вартість надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості відповідно до договору за звітний період (гривні)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Фактична вартість надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості за звітний період (гривні) |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Надавач комплексної соціальної послуги формування життєстійкості зазначає кількість фахівців, які безпосередньо надають цю послуг, з урахуванням примірного штатного нормативу чисельності працівників для надання комплексної соціальної послуги формування життєстійкості залежно від чисельності жителів територіальних громад, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 13.10.2023 № 390-Н.

\*\* Зазначити реквізити договору про забезпечення надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості

ЗА ЗАМОВНИКА ЗА ВИКОНАВЦЯ

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

 (підпис) (власне ім’я, прізвище) (підпис) (власне ім’я, прізвище)

**Реквізити сторін**

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