PATVIRTINTA

Alytaus miesto savivaldybės

administracijos direktoriaus

2023 m. rugpjūčio 21 d.

įsakymu Nr. DV-693

Alytaus miesto savivaldybės administracijai

**PARAIŠKA**

**DALYVAUTI JURIDINIŲ ASMENŲ, TEIKSIANČIŲ ASMENINĘ PAGALBĄ ALYTAUS MIESTO SAVIVALDYBĖJE, ATRANKOS KONKURSE**

20\_\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d.

**1. INFORMACIJA APIE PEREIŠKĖJĄ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Juridinio asmens pavadinimas |  |
| Teisinė forma |  |
| Juridinio asmens kodas |  |
| Adresas ir pašto indeksas |  |
| Telefono numeris  |  |
| Elektroninio pašto adresas |  |
| Interneto svetainės (jei turi) adresas |  |
| Projekto vadovas (vardas, pavardė, pareigų pavadinimas, adresas, telefono Nr., el. paštas) |  |
| Pareiškėjo banko, kitos kredito ar mokėjimo įstaigos pavadinimas, kodas ir sąskaitos numeris |  |

**2. ASMENINĖS PAGALBOS TEIKIMO APRAŠYMAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **2.1. Numatomos teikti paslaugos** *(Aprašykite kokias paslaugas neįgaliesiems teiks asmeninis asistentas, pvz. pagalba namuose, viešoje aplinkoje, individuali diskretiška pagalba, asmens palydėjimas į įvairias įstaigas, laisvalaikio praleidimo vietas, pagalba maitinimosi procese ir kt. individuali pagalba.)* |  |
| **2.2. Asmeninės pagalbos gavėjų tikslinė grupė** *(Aprašykite trumpai tikslinę grupę, asmenų su negalia amžių, neįgalumo, darbingumo lygį, nurodykite asmenų skaičių per mėnesį ir per metus.)* |  |
| **2.3. Tikslinės grupės pasiskirstymas pagal negalios pobūdį** *(Nurodykite kiek ir kokio pobūdžio negaliųjų planuojate teikti asmeninę pagalbą: fizinė negalia, klausos negalia, regos negalia, intelekto negalia, psichikos negalia, raidos negalia, kompleksinė negalia.)* |  |
| **2.4. Paraiškos tikslas ir uždaviniai** *(Tikslas turi būti aiškus, konkretus ir įgyvendinamas. Paraiškos uždaviniai turėtų parodyti, kaip tikslas bus pasiektas.)* |  |
| **2.5. Trumpas asmeninės pagalbos teikimo aprašymas** *(Trumpai aprašykite, kokia socialinė problema sprendžiama šia veikla, kodėl ši problema aktuali. Pagrįskite, kodėl šioje paraiškoje numatytos veiklos yra efektyvus būdas spręsti minėtas problemas (pvz.: apklausos, tyrimai, statistiniai duomenys ir kt.)* |  |
| **2.6. Asmeninės pagalbos veiklai vykdyti turima patirtis***(Nurodykite, kiek metų teikiate asmenims su negalia asmeninio asistento paslaugas, pateikite 2 pastarųjų metų svarbiausius įgyvendintus panašaus pobūdžio projektus ir jų rezultatus.)* |  |
| **2.7. Laukiami rezultatai ir nauda tikslinei grupei** *(Nurodykite planuojamus kokybinius ir kiekybinius rezultatus ir jų naudą tikslinei grupei.)* |  |

**3. DETALI IŠLAIDŲ SĄMATA IR IŠLAIDŲ PAGRINDIMAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eil. Nr.** | **Išlaidų pavadinimas**  | **Detalus skaičiavimas**  | **Išlaidų pagrindimas** | **Lėšos (Eur)** |
| 1. | Darbo užmokestis ir su juo susijusios išlaidos (darbo užmokestis, socialinio draudimo įmokos, komandiruočių išlaidos, kvalifikacijos kėlimo išlaidos, darbdavių socialinė parama pinigais) |  |  |  |
| 3. | Ryšių paslaugos |  |  |  |
| 4. | Transporto išlaidos |  |  |  |
| 5. | Kitų prekių ir paslaugų įsigijimo išlaidos  |  |  |  |
|  | **Iš viso:**  |  |

**4. ASMENEI PAGALBAI VYKDYTI TURIMI IŠTEKLIAI**

**4.1. Žmogiškieji ištekliai** *(Nurodykite asmeninio asistento vardą, pavardę, išsilavinimą (ar asmuo atitinka Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo 25¹ straipsnio 3 dalyje nurodytiems reikalavimams.)*

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

**4.2. Kiti turimi ištekliai** (*patalpos, transporto priemonės ir kt.),* **reikalingi asmeninės pagalbos teikimui.**

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

**5. PRIDEDAMŲ DOKUMENTŲ SĄRAŠAS:**

5.1. Įstatų ar kitų įstatams prilygstančių steigimo dokumentų kopija,\_\_ lapai;

5.2. Asmeninio asistento, teksiančio asmeninę pagalbą, kompetenciją patvirtinantys dokumentai (jo atitikimą Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo 25¹ straipsnio 3 dalies reikalavimams), \_\_ lapai;

5.3. Asmeninės pagalbos pareiškėjo pasirašyta laisvos formos pažyma, patvirtinanti, kad nėra aplinkybių, nurodytų Nuostatų 8 punkte, \_\_ lapai.

Asmeninės pagalbos pareiškėjas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vardas, pavardė) (parašas)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A.V.