# **Obrazac prijave - Aneks**

# Poziv za prijavu - Podrška lokalnim samoupravama za provođenje socijalnog mapiranja i implementaciju Dnevnog centra za djecu sa smetnjama u razvoju

Obrazac prijave podnose zajedno lokalna samouprava koja podnosi zahtjev i njen partner (pružalac socijalnih usluga )!

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Opšte informacije** | |
| Lokalna uprava (podnosilac zahtjeva): |  |
| Partner( pružalac socijalnih usluga ): |  |
| Naziv socijalne usluge : |  |
| Ciljna ranjiva grupa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B. Informacije za podnosioca zahteva** | |
| Naziv lokalne samouprave |  |
| Adresa |  |
| Broj telefona |  |
| e-mail adresa |  |
| Kontakt osoba 1  (ime i prezime, pozicija, e-mail i broj telefona) |  |
| Kontakt osoba 2  (ime i prezime, pozicija, e-mail i broj telefona) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C. Informacije za Partnera** (pružalac socijalnih usluga) | |
| Ime Partnera  (To je licencirani pružatelj usluga koji je odgovoran za pružanje socijalne usluge) |  |
| Kontakt osoba– osoba koja će biti uključena u projektne aktivnosti  (ime i prezime, pozicija, e-mail i broj telefona) |  |
| Adresa |  |
| Broj telefona |  |
| e-mail adresa |  |
| Web stranica (opcionalno) |  |
| Pravni status |  |
| Datum osnivanja  (prema odluci Centralnog registra) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. KAPACITET APLIKANTA (PODNOSIOCA PRIJAVE)**  Da li podnosilac zahtjeva ima prethodno iskustvo u realizaciji sličnih projekata u vezi sa socijalnim uslugama u partnerstvu sa lokalnim organizacijama civilnog društva (OCD)? Ako da, molimo navedite u tabeli ispod vrstu socijalne usluge i uključenog partnera (pružalac usluga OCD), budžet, period implementacije i način finansiranja projekta. | | | | | | | |
|  | **Vrsta socijalne usluge / Pružalac usluga OCD** | **Budžet** | | **Period implementacije** | | **Način finansiranja** (donator, lokalni budžet, privatna kompanija itd.) | |
| **1.** |  |  | |  | |  | |
| **2.** |  |  | |  | |  | |
| **3.** |  |  | |  | |  | |
| * 1. **Dokumenti lokalne politike socijalne zaštite** | | | | | | | |
| Molimo da dostavite informacije o dugoročnim programima/strategijama i godišnjim akcionim planovima/programima rada koje je usvojio aplikant. Istaknite da li je društveni pristup već planiran u dokumentima. (Molimo priložite gore navedene dokumente) | |  | | | | | |
| * 1. **Izdvajanja iz budžeta lokalne samouprave za usluge socijalne zaštite** | | | | | | | |
|  | | 2019 | | | 2020 | | 2022 |
| Molimo navedite podatke za svaku godinu (u EUR) | |  | | |  | |  |
| Procenat izdvajanja iz budžeta za socijalnu zaštitu u ukupnom budžetu lokalne samouprave [%] | |  | | |  | |  |
| Da li je lokalna samouprava izdvojila sredstva za podršku predloženom socijalnom pristupu. Ako da, navedite planirani iznos. | |  | | | | | |
| * 1. **Organizacioni kapaciteti aplikanta** | | | | | | | |
| Molimo opišite organizacionu strukturu u lokalnoj upravi (odsjeci, jedinice) nadležni za socijalnu zaštitu. Molimo da navedete broj zaposlenih u administraciji LSU zaduženih za poslove socijalne zaštite . | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.PARTNERSKA ORGANIZACIJA U PREDLOŽENOM PROJEKTU** (licencirani pružalac socijalnih usluga)  Da li partner (ko-podnosilac zahtjeva) ima prethodno iskustvo kao licencirani pružalac socijalnih usluga u partnerstvu sa lokalnim samoupravama? Ako da, molimo u tabeli ispod naznačite vrstu socijalnih usluga koje je ko-aplikant pružao u partnerstvu sa jedinicom lokalne samouprave, budžet, period realizacije i način finansiranja socijalne usluge.. | | | | | |
|  | **Vrsta socijalne usluge/lokalna uprava** | | **Budžet** | **Period implementacije** | **Način finansiranja** (donator, lokalni budžet, privatna kompanija itd.) |
| **1.** |  | |  |  |  |
| **2.** |  | |  |  |  |
| **3.** |  | |  |  |  |
| **Kapaciteti partnera za pružanje socijalnih usluga**  Molimo da dostavite informacije o kapacitetima potrebnim za pružanje socijalnih usluga | | | | | |
| Licenca za pružanje socijalnih usluga | |  | | | |
| Broj i vrsta kompetentnog osoblja za predloženi socijalni pristup  Molimo navedite imena relevantnog osoblja, njihovo obrazovanje i godine radnog iskustva u pružanju predložene usluge. | |  | | | |
| Da li partner ima godišnji izvještaj o realizovanim aktivnostima u vezi sa predloženim socijalnim uslugama za 2022. godinu? Ako da, priložite ga ovom obrascu za prijavu. | |  | | | |

|  |
| --- |
| **3. ANALIZA STANJA U OPŠTINI**  **Opis problema**  Molimo vas da ukratko opišete konkretnu situaciju u vezi sa socijalnim službama koje predlažete da budu uspostavljene u ovoj aplikaciji .  U tom pravcu, navedite kratku analizu konkretnih problema koje želite da rešite sa predloženom uslugom. Osim toga, molimo da dostavite dokaze za ugroženu ciljnu grupu i njihove potrebe koje treba zadovoljiti predloženom uslugom. Ako je moguće, navedite dokaze i podatke i navedite izvore. |
|  |

|  |
| --- |
| **4. OPIS USLUGE**  Molimo navedite kratak opis:   * **ciljeve** koje treba postići uvođenjem nove socijalne usluge, * **predloženu uslugu** i njene ključne **aktivnosti** ,   Akcenat treba staviti na aktivnosti/ **usluge koje će se odnositi na žene i djevojke** , stoga opišite kako će predložena usluga poboljšati uslove života za žene i djevojke.   * **krajnji korisnici** – osobe u nepovoljnom položaju, planirani broj i rodni aspekt korisnika koji će biti uključeni. * **geografsko područje** na kojem će usluga biti isporučena. Da li isporuka usluge predviđa **međuopštinsku saradnju** ? Ako da, opišite u nastavku. * potrebni **kapaciteti za isporuku predložene usluge** - prostori i oprema koja će se koristiti, kao i kvalifikacija onih koji će pružati uslugu (lokalni pružalac usluga). * **vremenski okvir** potreban za uvođenje nove usluge. * **Finansijske procjene za isporuku predloženih usluga** .   Molimo da date kratak pregled rashoda koji će biti pokriveni projektnom podrškom od 8000 eura i in-kind doprinosom koji će obezbijediti lokalna samouprava koja podnosi zahtjev.  Također, objasnite kako će vam anketa **socijalnog mapiranja** pomoći u dizajniranju predložene usluge. |
|  |

|  |
| --- |
| **5. OČEKIVANI REZULTATI, KVALITET I ODRŽIVOST USLUGE**  Molimo opišite:   * **očekivani rezultati** od uvođenja i isporuke predložene usluge. * **osiguranje kvaliteta** i druge pojedinosti u vezi s kvalitetom usluge planirane za isporuku * **održivost** usluge. Molimo opišite kako ćete nastaviti s intervencijom, te kako će se dalje odvijati implementacija socijalne usluge.   Hoćete li preduzeti druge mjere za osiguranje održivosti predložene usluge osim doprinosa koji pruža projekat? |
|  |

**Za podnosioca prijave:**

Ime i prezime gradonačelnika \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum i pečat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**za Partnera:**

Ime i prezime, pozicija ovlašćenog potpisnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum i pečat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_