2014−2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonės Nr. 08.1.1‑CPVA-K-429 „Paslaugų centrai vaikams“ projektų finansavimo sąlygų aprašo

3 priedas

**(informacijos apie projekto atitiktį projektų finansavimo sąlygų aprašo 19, 31 ir 32 punktų reikalavimams forma)**

**INFORMACIJA APIE PROJEKTO ATITIKTĮ PROJEKTŲ FINANSAVIMO SĄLYGŲ APRAŠO 19, 31 ir 32 PUNKTŲ REIKALAVIMAMS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pareiškėjas** | *(įrašomas pareiškėjo pavadinimas)* |
| **Projekto pavadinimas** | *(įrašomas projekto pavadinimas)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Projekto partneris (-iai), jo (jų) vaidmuo projekte** | *(nurodykite projekto partnerį (-ius) ir aprašykite jo (jų) vaidmenį projekte)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pareiškėjo (partnerio) patirtis***(detaliai aprašykite, kokią socialinių paslaugų ir kitos pagalbos vaikams ir neįgaliesiems teikimo patirtį turėjote per pastaruosius 3 metus. Pateikite tai patvirtinančius dokumentus (kaip paraiškos priedą) ir (ar) nuorodas į viešai prieinamą informaciją)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Savivaldybės, kurių gyventojams planuojama teikti centro paslaugos**  | *(įvardinkite savivaldybes, kurių gyventojams planuojama teikti centro paslaugas)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Projekto tikslinė (-ės) grupė (-ės)** *(aprašymuose naudokite statistinius ir kt. tyrimus, vertinimų duomenis, nurodant konkretų jų šaltinį. Remkitės Investiciniame projekte išnagrinėta situacija)* | *(aprašykite, kokiems vaikams (su kokia negalia, sutrikimu ar pan.) ir jų šeimų nariams planuojamos teikti paslaugos finansuojamame centre ir pagrįskite šį pasirinkimą)* |
| *(aprašykite tikslinės(-ių) grupės (-ių) problemas ir poreikius. Trumpai pristatykite, kodėl būtent tokios paslaugos (t.y. aprašytos žemiau esančioje lentelėje) yra reikalingiausios ir svarbiausios pasirinktai(-oms) tikslinei(-ėms) grupei (-ėms))* |
| *(aprašykite esamą paslaugų tikslinei(-ėms) grupei(-ėms) prieinamumą savivaldybėse, kurių gyventojams numatoma teikti centro paslaugas)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vietų paslaugų gavėjams skaičius** | **X**vietų*(nurodomas esamas vietų skaičius, iš viso)**(pildoma, jei plečiamas jau veikiantis centras)* | **X**vietų*(nurodomas projektu kuriamų vietų skaičius centre, iš viso)*  |
| **Iš jų:** |  |  |
| * **vietų skaičius vaikams, sergantiems psichikos ligomis ir (arba) turintiems psichikos sutrikimų, ir (arba) vaikams, turintiems elgesio, emocijų ir (arba) raidos sutrikimų *(jei taikoma)***
 | **X** vietų *(nurodomas vietų skaičius)* | **X** vietų *(nurodomas vietų skaičius)* |
| * **vietų skaičius vaikams iki 4 metų ir (arba) 12-17 metų vaikams *(jei taikoma)***
 | **X** vietų *(nurodomas vietų skaičius)*  | **X** vietų *(nurodomas vietų skaičius)* |
| * **vietų skaičius šeimos nariams, kurie gaus jiems skirtas paslaugas *(jei taikoma)***
 | **X** vietų *(nurodomas vietų skaičius)* | **X** vietų *(nurodomas vietų skaičius)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centre TEIKIAMOS paslaugos (paslaugos turinys, apimtis, darbo metodai, trukmė ir pan.)***(pildoma, jei plečiamas jau veikiantis centras)* | **Paslaugai teikti turimų patalpų (infrastruktūros) aprašymas** | **Specialistai ir jų etatai** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *(įvardykite ir aprašykite jau teikiamas paslaugas* |  |  |
| 2. |  |  |
| ... |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centre PLANUOJAMOS TEIKTI paslaugos\* (paslaugos turinys, apimtis, darbo metodai, trukmė ir pan.)** | **Paslaugai teikti reikalingų patalpų (infrastruktūros) aprašymas** | **Specialistai ir jų etatai** |
| 1. Bendrosios ir specialiosios socialinės paslaugos
 |  |  |
| 1.1. |  |  |
| 1.2. |  |  |
| ... |  |  |
| 1. Ankstyvosios reabilitacijos paslaugos vaikams su negalia
 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ... |  |  |
| 1. Įvairių terapijų, logopedo, psichologo, reabilitologo, specialiojo pedagogo, judesio korekcijos vaikams su negalia paslaugos ir kitos specializuotos paslaugos ir (ar) metodikos
 |  |  |
| 3.1. |  |  |
| 3.2. |  |  |
| ... |  |  |
| 1. Specializuotos pagalbos šeimos nariams paslaugos
 |  |  |
| 4.1. |  |  |
| 4.2. |  |  |
| ... |  |  |
| 1. Sveikatos priežiūros, neformalaus ugdymo paslaugos vaikams su negalia (tiek, kiek šios paslaugos reikalingos teikiant 1-4 punktuose įvardytas paslaugas)
 |  |  |
| 5.1..... |  |  |
| ***Pildymo pavyzdys:*** |
| *3. Įvairių terapijų, logopedo, psichologo, reabilitologo, specialiojo pedagogo, judesio korekcijos vaikams su negalia paslaugos ir kitos specializuotos paslaugos ir (ar) metodikos* |  |  |
| *3.1. Verbalinio elgesio terapija, skirta autizmo bei raidos sutrikimų turinčių vaikų ugdymui. Terapijos metu yra organizuojami xx trukmės užsiėmimai vaikams, kas xx dienas, kurių metu vaikas mokomas naujų socialiai svarbių elgesio formų, didinamas jo gebėjimas elgtis socialiai priimtinai ir sumažinti arba apskritai panaikinti nepriimtinas elgesio apatiškas. Taip pat, ugdomi vaiko įgūdžiai, reikalingi vaiko savarankiškam gyvenimui visuomenėje – savitvarkos, bendravimo, savarankiškumo, kt. Pasiektas rezultatas ir pokyčiai vaiko elgesyje vertinami darbo su vaiku pradžioje atlikus vaiko įgūdžių vertinimą naudojantis VB-MAPP, ESSENTIAL for LIVING, AFLS vertinimo įrankiais, vėliau – atliekant tiesioginę vaiko elgesio stebėseną pagal xxx kriterijus ir atlikus pakartotinį vertinimą pagal nurodytus įrankius, praėjus xx mėnesių nuo darbo su vaiku pradžios. Vienam vaikui terapija trunka xx mėnesių, iš viso, xx valandų. Paslaugą teikia psichologas, turintis metodikos teikimo licenciją* | *Paslaugai teikti įrengtas atskiras kabinetas su reikalingomis priemonėmis (sensoriniai kamuoliukai, komunikacinis paveikslėlių rinkinys ...).* | *Psichologas (1 etatas)* |
| *3.2.* |  |  |
|  |  |  |

*\*- nurodykite ir papildomas, Projektų finansavimo sąlygų aprašo 10 punkte neįvardytas, paslaugas*

|  |  |
| --- | --- |
| **Papildoma informacija apie specialistus** | *(aprašykite, kaip numatote pritraukti reikalingus specialistus centro veikloms vykdyti (pateikite aiškų specialistų pritraukimo planą))* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planuojami rezultatai/ pokyčiai** | *(aprašykite, kokių rezultatų siekiama teikiant aukščiau įvardytas paslaugas (kokio pokyčio negalią turinčio vaiko situacijoje, šeimos situacijoje ir pan.)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(projekto pareiškėjo ar jo* *įgalioto atstovo pareigų pavadinimas)* |  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(parašas)*  |  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(vardas ir pavardė)* |