**PROJEKT SOCJALNY-WERSJA 2**

**PLANOWANY DO WDROŻENIA W RAMACH MODELU KOOPERACJI W GMINACH WIEJSKICH**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I: OPRACOWANIE**  |
| I.1 Partnerski Zespół Kooperacji (nazwa gminy i powiatu): |  |
| I.2 Osoba do kontaktu (dane animatora ze strony powiatu (imię, nazwisko, telefon, e – mail): |  |
| **CZEŚĆ II: UZASADNIENIE I ZAKRES RZECZOWY PROJEKTU** |
| II. 1 Krótkie uzasadnienie potrzeby realizacji usług przewidzianych w projekcie *(proszę opisać potrzeby osób/rodzin/grup w kontekście planowanego wsparcia oraz informacje czy podobne usługi są realizowane i czy zaspokajają potrzeby):* |
|  |
| II. 2 Opis odbiorców, celu i usług *(proszę wskazać ile osób/rodzin/grup będzie korzystać ze wsparcia w ramach projektu oraz podać inne informacje ważne z punktu widzenia ich charakterystyki):* |
| Odbiorcy: ……………………………………………………………w celu…………………………..usługa 1………………………usługa 2Odbiorcy:……………………….w celu …………………………..usługa 3……………………..usługa 4 |
| II. 3 Jakie zmiany projekt przyniesie dla społeczności, jak uczestnicy PZK będą je promować. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 4 HARMONOGRAM I KOSZTORYS** |  |  |  | **Termin planowanej realizacji** |
| **L.p.** | **Zakres usługi- jej opis, sposób organizacji**  | **Odbiorca/odbiorcy**  | **Liczba jednostek**  | **Koszt jednostkowy**  | **Łącznie**  | X-XII 2019  | I-III2020 | IV-VI2020 | VII-IX 2020 |
| Usługa 1: | Terapia rodzinna, raz w tygodniu w gops po uprzednim umówieniu, max 6 spotkań dla 1 rodziny, prowadzi specjalista z uprawnieniami, dojazd w cenie  | 6 rodzin | 36 | 150 zł | 5400 zł | 18 | 18 |  |  |
| Usługa 2: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Usługa … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Usługa … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Usługa … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Usługa … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Usługa … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Część III KRÓTKI OPIS DZIAŁAŃ MONITORINGOWYCH I EWALUACYJNYCH, ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ USŁUGI**  |
|  |