Додаток 3 до Договору про виконання (реалізацію) загальнодержавного проекту №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

від «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 р.

*Подається разом з Підсумковим звітом про виконання договору (Додаток 5 до Порядку проведення конкурсу)*

**Список осіб з інвалідністю – отримувачів соціальних послуг, що надаються громадським об’єднанням осіб з інвалідністю в рамках проекту у 2025 році**

**Громадське об’єднання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(назва громадського об’єднання осіб з інвалідністю)

**Проект:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва проекту)

 **Пріоритетне завдання (напрям) проекту, визначене Мінсоцполітики;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Назва соціальної послуги та код відповідно**

 **Класифікатору соціальних послуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ПІП отримувача соціальної послуги/законного представника | Реквізити документа, що підтверджує статус особи з інвалідністю | Дата (період) надання соціальної послуги | Контактний номер телефону отримувача соціальної послуги/законного представника | Адміністративно-територіальна одиниця регіонального рівня (область), на території якої проживає або перебуває отримувач соціальної послуги  | Підпис отримувача соціальної послуги/законного представника \* | Примітки |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Усього:** | Отримувачів соціальних послуг – осіб з інвалідністю: \_\_\_, з них жінок \_\_\_ |

\**Своїм підписом отримувач соціальної послуги/законний представник дає згоду на обробку персональних даних*

Керівник громадського об’єднання осіб з інвалідністю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) (прізвище, ініціали ІБ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сторона 1*(реквізити)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис М. П. | Сторона 2 *(реквізити)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис М. П.  | Сторона 3*(реквізити)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис М. П. |