**OPIS WSTĘPNEJ KONCEPCJI DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG**

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE**  |
| Nazwa podmiotu:Adres:Imię i nazwisko osoby do kontaktu:Nr telefonu:E-mail: |  |
|  | **OPIS USŁUG OBECNIE REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOT NA RZECZ OSÓB W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI**Proszę wymienić i krótko opisać usługi realizowane na rzecz osób w kryzysie bezdomności (np. liczbę i rodzaj prowadzonych placówek, usługi środowiskowe, liczbę i charakterystykę osób korzystających z placówek/usług, kadrę) .  |
|  |
|  | **OPIS DOTYCHCZAS ZREALIZOWANYCH DZIALAŃ W ZAKRESIE DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG**Proszę opisać działania w zakresie DI, które już zostały zrealizowane przez podmiot, o ile dotyczy. |
|  |
|  | **OPIS WSTĘPNEJ KONCEPCJI DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG NA RZECZ OSÓB W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI**Proszę opisać (zakresowo i liczbowo) rozwiązania w zakresie deinstytucjonalizacji usług, które podmiot zamierza wdrożyć. *Poniższy opis nie musi być szczegółowym i pełnym planem deinstytucjonalizacji usług w organizacji – proszę opisać zamierzenia dot. rozwoju/zmian w świadczonych usługach zgodnie z aktualnym stanem ich „zaplanowania”.* |
|  |
|  | **OPIS ZASOBÓW KADROWYCH, LOKALOWYCH I FINANSOWYCH**Proszę opisać, jakie posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i finansowe podmiot planuje wykorzystać w procesie deinstytucjonalizacji usług. Czy konieczne jest pozyskanie dodatkowych pracowników, lokali, środków? Jeżeli tak, to w jaki sposób podmiot zamierza to zrobić. |
| Zasoby kadrowe:Zasoby lokalowe:Zasoby finansowe:Inne (możliwe do wykorzystania w procesie DI): |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | **INNE INFORMACJE**Proszę wskazać inne informacje, które mogą mieć wpływ na ocenę koncepcji deinstytucjonalizacji usług na rzecz osób w kryzysie bezdomności (np. współpraca w środowisku lokalnym, innowacyjność pomysłu, nagrody, wyróżnienia itp.). |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o wsparcie |