# Výsledek obrázku pro logo magistŕat

# ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA

**„Grantový program hl. m. Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2020“**

|  |
| --- |
| **Základní instrukce pro předkladatele zprávy:**Závěrečnou zprávu (ZZ) zpracujte za období **01. 01. 2020 – 31. 12. 2020**ZZ zašlete elektronicky na adresu katerina.sindlerova@praha.euDo předmětu napište: **ZZ 2020 název organizace** |

Všechny informace a data uvedená v závěrečné zprávě využívá oddělení prevence SOV MHMP pro hodnocení projektů v rámci dotačních řízení, pro průběžnou a následnou obsahovou a finanční kontrolu realizace projektu včetně případných kontrol přímo v organizaci. Prosíme proto o pečlivé a pravdivé uvádění veškerých informací.

# 1. Informace o projektu

|  |  |
| --- | --- |
| **Název projektu** |  |
| **Typ služby[[1]](#footnote-1)** | KPS | TP | L | SL | SP | RPTK | ADP | SV | IVHJ | D |
| **Žadatel** |  |
| **Právní forma** |  |
| **Adresa sídla organizace** |  |
| **Zápis ve veřejném rejstříku** |  |
| **IČO** |  |
| **Certifikace** | **Typ certifikované služby:** |  | **Číslo certifikátu:** |  |
| **Datum udělení:** |  | **Platnost do:** |  |
| **Typ žádosti***(Nehodící se škrtněte)* | **Jednoletá** | **Čtyřletá**  |
| **Statutární zástupce organizace** | **Jméno, příjmení, titul** |  |
| Funkce v organizaci: |  |
| Kontaktní adresa |  |
| Tel. |  | e-mail: |  |
| **Osoba odpovědná za realizaci projektu** (pokud je jiná než statutární zástupce) | **Jméno, příjmení, titul** |  |
| Kontaktní adresa |  |
| Tel. |  | e-mail: |  |

Došlo ke změnám výše uvedených údajů ve srovnání s předloženým projektem?[[2]](#footnote-2)

Ano Ne

Pokud „ANO“, kdy byla tato změna písemně ohlášena na oddělení prevence ZSP MHMP?

Datum ohlášení změny:

## 2. TYP POSKYTOVANých SLUŽEB V RÁMCI PROJEKTU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Typ služby | **Poskytována**(ANO/NE) | **Certifikována** (ANO/NE) | **Datum ukončení platnosti certifikátu** |
| Primární prevence |  |  |  |
| Detoxifikace |  |  |  |
| Terénní programy |  |  |  |
| Kontaktní a poradenské služby |  |  |  |
| Ambulantní léčba |  |  |  |
| Stacionární programy |  |  |  |
| Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba |  |  |  |
| Rezidenční léčba v terapeutických komunitách |  |  |  |
| Ambulantní doléčovací programy |  |  |  |
| Substituční léčba |  |  |  |
| Služby pro uživatele drog ve vězení |  | ××× | ××× |

## 3. PERSONÁLNÍ A ORGANIZAČNÍ ZABEZPEČENÍ PROJEKTU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pracovní pozice\* | **Vzdělání** | **Počet osob celkem** | **Aktuální stav úvazků HPP a DPČ** | **Počet hodin kontraktovaných na DPP** | **Jiné kontrakty v přepočtu na úvazky** |
| **Personál v přímé péči** |
| Zdravotnický personál |  |  |  |  |  |
| Zdravotnický personál |  |  |  |  |  |
| Zdravotnický personál |  |  |  |  |  |
| Zdravotnický personál |  |  |  |  |  |
| Sociální profese  |  |  |  |  |  |
| Sociální profese  |  |  |  |  |  |
| Sociální profese  |  |  |  |  |  |
| Sociální profese  |  |  |  |  |  |
| Pedagogický personál  |  |  |  |  |  |
| Pedagogický personál  |  |  |  |  |  |
| Pedagogický personál  |  |  |  |  |  |
| Pedagogický personál  |  |  |  |  |  |
| Jiné..(napište) |  |  |  |  |  |
| Další personál |
| Administrativní personál |  |  |  |  |  |
| Technický personál |  |  |  |  |  |
| Supervize, garance |  |  |  |  |  |
| Jiné..(napište) |  |  |  |  |  |

\*poznámky:

**3.1. Uveďte změny (vzhledem k žádosti) v personálním obsazení za sledované období**

# oBSAH A PRůBĚH PROJEKTU

* 1. **Aktivity realizované v rámci projektu a jejich obsah, vývoj a změny oproti předložené žádosti**

*(stručný přehled realizovaných aktivit, změny v obsahu a rozsahu projektu)*

* 1. **Vývoj a případné změny cílové populace**

## HODNOCENÍ A VÝSLEDKY

* 1. **Kritické zhodnocení úspěšnosti projektu**
	2. **Popis spolupráce se zařízeními v síti péče o uživatele drog**

(z hlediska dostupnosti a propojenosti sítě; např. s kým spolupracujete, kam referujete, kdo referuje k vám, co v síti postrádáte atp.)

* 1. **Zhodnocení vývoje klientely, počtu klientů a výkonů**

*(popište zejména nárůst či pokles klientů a výkonů a jejich strukturu ve srovnání* s *totožným obdobím minulého roku; popište jakékoliv skutečnosti (lokální a jiná kontextová specifika), která mohou mít vliv na uváděná data v tabulkách v části 10. Výkaznictví.)*

## POZNÁMKY A KOMENTÁŘE

*(zde můžete uvést další doplňující relevantní a důležité údaje o projektu)*

## Datum a Podpis STATUTÁRNÍHO zástupce ORGANIZACE

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno:** |  |
| **Příjmení:** |  |
| **Funkce:** |  |

Místo:

Datum:

Podpis a razítko:

1. Viz Metodika pro předkladatele; typ služby projektu zvýrazněte. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nehodící škrtněte [↑](#footnote-ref-2)