# [Výsledek obrázku pro logo magistŕat](http://www.google.cz/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY8qT_ypjXAhWD6xQKHSWXDkgQjRwIBw&url=http://www.spsdusni.cz/&psig=AOvVaw1uBdJjQJ27RmMZ1F2xt0iz&ust=1509461116187981)

# ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA

**„Program hl. m. Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2024“**

|  |
| --- |
| **Základní instrukce pro předkladatele zprávy:**  Závěrečnou zprávu (ZZ) zpracujte za období **1. 1. 2024 – 31. 12. 2024**  **ZZ zašlete elektronicky ve formátu .doc na adresu michala.hanova@praha.eu**  Do předmětu napište: **ZZ Adiktologie 2024 název organizace** |

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. Informace a data proto musí odpovídat realitě projektu v hodnoceném období.

# 1. Informace o projektu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název projektu** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Typ služby[[1]](#footnote-1)** | KPS | | TP | L | LP | | S | | SP | | | RPTK | | DP | SV | D | IVHJ | POR | |
| **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 SOV MHMP?

## 2. 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:

**2.1. 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)