|  |  |
| --- | --- |
| *Projektiroda tölti ki!* |  |
| Iktatószám: K-………… / 2024 | azonosítószám:**2025-28-EFOP Plusz–……………** |
|  |
| 1. **A PÁLYÁZÓ SZERVEZET ADATAI**
 |
| **A PÁLYÁZÓ szervezet neve** |  |
| **Jogállása** | *A pályázati felhívás 5. pontjában szereplő felsorolás szerint:* |
| **KSH statisztikai számjele** |  |
| Költségvetési szervek esetén:**Magyar Államkincstár törzskönyvi azonosító szám**  |  |
| Nonprofit szervezetek esetén:**nyilvántartási szám** vagy **cégjegyzék szám** |
| **Adószám** |  |
| **Számlavezető pénzintézet neve** |  |
| **Bankszámlaszám** |  |
| **Köztartozásmentes adatbázisban szerepel** | 🞏 IGEN 🞏 NEM |
| **A PROGRAM E-MAIL CÍME**Felhívjuk a pályázók figyelmét arra, hogy az ügyintézés gyorsítása érdekében **a pályázatokkal kapcsolatos hivatalos értesítések** (a hiánypótlásokról, az együttműködésre vonatkozó döntésről szóló értesítések) kizárólag **elektronikus formában kerülnek megküldésre** az adatlapon megadott e-mail címre. Ezért kérjük a pályázókat, hogy olyan e-mail címet adjanak meg az adatlapon, **melyet napi rendszerességgel figyelnek**. (Több, de legfeljebb két e-mail cím is megadható, ez esetben minden címre elküldjük a dokumentumokat.) |
| **E-mail cím****(legfeljebb két cím adható meg)** |  |
| **Programfelelős neve, beosztása** |  |
| **Programfelelős mobiltelefon száma** |  |
| **Programfelelős e-mail címe** |  |
| **A szervezet képviselőjének neve, beosztása** |  |
| **Telefon, fax száma** |  |
| **Székhely címe**(irányítószám, település, utca, házszám) |  |

|  |
| --- |
| 1. **A PROGRAM ADATAI**
 |
| **Az adatokat ellátási formánként (intézménytípusonként) kell megadni, abban az esetben is, hogyha egy megvalósítási helyszínen több ellátási forma működik.***Amennyiben Pályázó négynél több ellátási forma jelöl, abban az esetben az alábbi táblázatformátum szükség szerint másolható.* |
| 1. **ellátási forma**
 |
| **A megvalósítás helyszíne, település** |  |
| **A programot megvalósító intézmény neve** |  |
| **A programot megvalósító intézmény típusa** (Ellátási forma: nappali melegedő, éjjeli menedékhely, ÁTMENETI SZÁLLÁS) |  |
| **Címe**(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Levelezési címe\***(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Működési engedély hatálya** | 🞏 Határozatlan idejű 🞏 Határozott idejű |
| **Megjegyzés\*\*** |
| \*A megvalósító helyszín aláírásra jogosult képviseletének levelezési címe (pl. regionális igazgatás esetén a régióképviselet)\*\*Határozott idejű működési engedély esetén a működési engedély hatályának pontos dátuma és annak alátámasztása, hogy a telephelynek a program teljes megvalósítási ideje alatt biztosítva lesz érvényes működési engedélye |
| 1. **ellátási forma**
 |
| **A megvalósítás helyszíne, település** |  |
| **A programot megvalósító intézmény neve** |  |
| **A programot megvalósító intézmény típusa** (Ellátási forma:nappali melegedő, éjjeli menedékhely, ÁTMENETI SZÁLLÁS) |  |
| **Címe**(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Levelezési címe\***(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Működési engedély hatálya** | 🞏 Határozatlan idejű 🞏 Határozott idejű |
| **Megjegyzés\*\*** |
| \*A megvalósító helyszín aláírásra jogosult képviseletének levelezési címe (pl. regionális igazgatás esetén a régióképviselet)\*\*Határozott idejű működési engedély esetén a működési engedély hatályának pontos dátuma és annak alátámasztása, hogy a telephelynek a program teljes megvalósítási ideje alatt biztosítva lesz érvényes működési engedélye |
| 1. **ellátási forma**
 |
| **A megvalósítás helyszíne, település** |  |
| **A programot megvalósító intézmény neve** |  |
| **A programot megvalósító intézmény típusa** (Ellátási forma:nappali melegedő, éjjeli menedékhely, ÁTMENETI SZÁLLÁS) |  |
| **Címe**(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Levelezési címe\***(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Működési engedély hatálya** | 🞏 Határozatlan idejű 🞏 Határozott idejű |
| **Megjegyzés\*\*** |
| \*A megvalósító helyszín aláírásra jogosult képviseletének levelezési címe (pl. regionális igazgatás esetén a régióképviselet)\*\*Határozott idejű működési engedély esetén a működési engedély hatályának pontos dátuma és annak alátámasztása, hogy a telephelynek a program teljes megvalósítási ideje alatt biztosítva lesz érvényes működési engedélye |
| 1. **ellátási forma**
 |
| **A megvalósítás helyszíne, település** |  |
| **A programot megvalósító intézmény neve** |  |
| **A programot megvalósító intézmény típusa** (Ellátási forma: nappali melegedő, éjjeli menedékhely, ÁTMENETI SZÁLLÁS) |  |
| **Címe**(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Levelezési címe\***(irányítószám, település, utca, házszám) |  |
| **Működési engedély hatálya** | 🞏 Határozatlan idejű 🞏 Határozott idejű |
| **Megjegyzés\*\*** |
| \*A megvalósító helyszín aláírásra jogosult képviseletének levelezési címe (pl. regionális igazgatás esetén a régióképviselet)\*\*Határozott idejű működési engedély esetén a működési engedély hatályának pontos dátuma és annak alátámasztása, hogy a telephelynek a program teljes megvalósítási ideje alatt biztosítva lesz érvényes működési engedélye |

|  |
| --- |
| 1. **A PROGRAM TERVEZETT KAPACITÁSAI**

*Amennyiben Pályázó négynél több ellátási formát jelöl, abban az esetben a sorok száma szükség szerint bővíthető.* |
| **Megvalósító intézmény típusának sorszáma** | **Intézmény neve** | **Ellátási forma**(pl. éjjeli menedékhely, átmeneti szállás) | **Intézmény címe**(irányítószám, település, utca, házszám) | **Férőhelyek****száma[[1]](#footnote-1)** | **Időszakos férőhelyek száma[[2]](#footnote-2)** | **Igényelt napi adagszám****Nyári időszak**május 1. – október 31. között, munkanapokon | **Igényelt Napi Adagszám****Igényelt napi adagszám****téli időszak**november 1. – április 30. között, munkanapokon(November 1. – Április 30. Között, Munkanapokon) |
| 1. |  |   |   |   |   |  |   |
| 2. |   |   |   |   |   |  |   |
| 3. |   |   |   |   |   |  |   |
| 4. |   |   |   |   |   |  |   |

|  |
| --- |
| 1. **AZ INTÉZMÉNY, A PROGRAM KERETÉBEN TERVEZETT KAPACITÁS ELÉRÉSÉHEZ RENDELKEZIK AZ ALÁBBIAKKAL**

*Amennyiben Pályázó négynél több ellátási formát jelöl, abban az esetben a sorok száma szükség szerint bővíthető.* |
| **Megvalósító intézmény típusának sorszáma** | **Intézmény neve** | **Ellátási forma**(pl. éjjeli menedékhely, átmeneti szállás) | **Intézmény címe**(irányítószám, település, utca, házszám) | **Hűtési kapacitás[[3]](#footnote-3)****(hűtőszekrény db. szám)** | **Melegítési kapacitás[[4]](#footnote-4)****(mikrohullámú sütő db. szám)** | **Kapacitás megfelelősége[[5]](#footnote-5)***A megfelelő aláhúzandó!* |
| 1. |   |   |   |  |   |  igen / nem / részben |
| 2. |   |   |   |  |   |  igen / nem / részben |
| 3. |   |   |   |  |   |  igen / nem / részben |
| 4. |   |   |   |  |   |  igen / nem / részben |

**A táblázatot az alábbi fogalomtár alapján kell kitölteni. Kérjük, hogy a válaszadásnál vegye figyelembe a tervezett kapacitásokat, és az alapján jelölje válaszait!**

|  |
| --- |
| 1. **HASONLÓ TÍPUSÚ PROGRAMOK MEGVALÓSÍTÁSÁVAL KAPCSOLATOS ADATOK BEMUTATÁSA**

*Amennyiben Pályázó négynél több ellátási formát jelöl, abban az esetben a sorok száma szükség szerint bővíthető.* |
| **Megvalósító intézmény típusának sorszáma** | **Ellátási forma**(pl. éjjeli menedékhely, átmeneti szállás) | **Intézmény címe**(irányítószám, település, utca, házszám) | **Program megnevezése** | **2022-2023-BAN** (NOVEMBER 1 - ÁPRILIS 30. KÖZÖTT) MUNKANAPOKON KIOSZTOTT ÉLELMISZER **NAPI ÁTLAGOS** ADAGSZÁMA | **2023-BAN** (MÁJUS 1 – OKTÓBER 31. KÖZÖTT) MUNKANAPOKON KIOSZTOTT ÉLELMISZER **NAPI ÁTLAGOS** ADAGSZÁMA |
| 1. |   |   |  |  |   |
| 2. |   |  |  |   |   |
| 3. |   |   |  |   |   |
| 4. |   |   |  |   |   |

|  |
| --- |
| 1. **A PROGRAM RÉSZLETES BEMUTATÁSA**

*A szakmai programot minden, a pályázatban megjelölt ellátási forma vonatkozásában szükséges kitölteni. Amennyiben egy megvalósítási helyszínen több ellátási forma is működik (pl. átmeneti szálló és éjjeli menedékhely), és Pályázó egynél több ellátási forma ügyfelei részére szeretné biztosítani az étkezést az adott megvalósítási helyszínen, úgy szükséges bemutatni minden ellátási forma ügyfélkörének jellemzőit.* |

|  |
| --- |
| * 1. **A megjelölt intézmények területi és ellátási lefedettségének bemutatása**

*(Jelen pontban az ellátási formákat összegző, az intézményre általánosságban jellemző, de alátámasztott bemutatás elegendő.)* |
| *(Mely településekről, vagy településrészekről, hány ügyfél veszi igénybe naponta az intézmény szolgáltatásait? Milyen különbségek tapasztalhatók az ügyfelek számában a téli és a nyári időszakban? Az ellátási terület ellátási lefedettségének jellemzője: több hajléktalanellátó szervezet ellátási együttműködése jellemző-e az adott területen?)* |

|  |
| --- |
| * 1. **A megjelölt ellátási formák ügyfélkörének jellemzői** *(Kérjük hangsúlyosan jelölje a leginkább rászoruló célcsoporti kör jellemzőit.)*
 |
| *(Milyen az ellátási formák ügyfeleinek általános egészségi (fizikai, mentális) állapota? Milyen arányban vannak munkaképtelen, rokkant vagy tartósan beteg ügyfelek az ellátási forma ellátottjai között? Milyen az ügyfelek jövedelmi helyzete? Milyen arányban vannak rendszeres munkajövedelemmel rendelkező ügyfelek az ellátási forma ellátottjai között? Kik tekinthetők az intézményben a leginkább rászorulóknak, milyen arányban vannak jelen az ellátási forma férőhelyszámának vonatkozásában?)* |

|  |
| --- |
| * 1. **A célcsoport projektbe való bevonásának útja és módja** *(Kitérve az ellátási formánál jelölt leginkább rászoruló célcsoport bevonásának/előnyben részesítésének tervére. Nappali melegedő ellátási forma esetén kiemelten kérjük a közterületen élők megszólítására vonatkozó módok leírását)*
 |
| *(Mennyire jellemző az adott ellátási formára a közterületen élő hajléktalan emberek megszólítása és hogyan tervezi az intézmény megszólítani a közterületen élő hajléktalan embereket, milyen segítséget nyújthat ebben az étkezés szolgáltatás? Hogyan tervezi az intézmény csökkenteni a hajléktalanellátás intézményei iránti idegenkedést az étkezés szolgáltatást igénybe vevő ügyfelekben?)* |

|  |
| --- |
| * 1. **korábbi, ételosztási projektekben szerzett tapasztalatok**
 |
| *(Volt-e az intézményben korábban rendszeres étkeztetés? Ha igen, milyen formában? Naponta hány adag étel került kiosztásra? Részt vett-e az intézmény az RSZTOP-3.1.1. projekt megvalósításában?)* |

|  |
| --- |
| * 1. **a projekt megvalósításának személyi és tárgyi feltételei**
 |
| *(Az étkezés szolgáltatásához kapcsolódó személyi és tárgyi feltételek bemutatása. Amennyiben Pályázó a 4. pontban a tárgyi feltételek bemutatásakor Nem vagy Részben megfelelő kapacitást jelölt, kérjük a probléma kifejtését)* |

|  |
| --- |
| * 1. **az ételosztás helyszínein keletkezett hulladék kezelésének tervezett módja**
 |
|  |

|  |
| --- |
| * 1. **a program kockázatainak és azok kezelésének bemutatása**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **MELLÉKLETEK FELSOROLÁSA**

***A Pályázati Adatlapnak kötelező mellékletei.******Elektronikus formában beküldendők.*** |

|  |
| --- |
| **Mellékletek megnevezése** |
| 1.sz melléklet: A megvalósító intézmény működési engedélyéről szóló határozat egyszerű másolata (tanúsítvány nem elégséges) |
| 2. sz. melléklet: Alapító okirat eredeti, vagy hitelesített másolati példánya |
| 3. sz. melléklet: Köztartozásmentességet igazoló dokumentum |

|  |
| --- |
| 1. **ALÁÍRÁS**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dátum |  | Pályázó szervezet képviselőjének aláírásaNév: Beosztás: |

PH.

1. Működési engedélyben rögzített férőhelyek száma [↑](#footnote-ref-1)
2. Működési engedélyben rögzített időszakos férőhelyek száma [↑](#footnote-ref-2)
3. ***Hűtési kapacitás:*** *az étel hűtésére szolgáló elektromos berendezés (hűtőszekrény) darabszáma* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Melegítési kapacitás: az étel melegítésére szolgáló elektromos berendezés (mikrohullámú sütő) darabszáma* [↑](#footnote-ref-4)
5. ***Kapacitás megfelelősége:*** *A Pályázó megítélése alapján megfelelő kapacitással rendelkezik az**étel hűtésére és melegítésére. Amennyiben a válasz Nem vagy Részben, úgy a szakmai program 6.5 pontjában kérjük kifejteni.* [↑](#footnote-ref-5)