Jaunimo garantijų iniciatyvos įgyvendinimo

partnerių atrankos nuostatų

1 priedas

**PASLAUGŲ JAUNIMUI TEIKIMO PROGRAMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  | *(data)* |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | *(vieta)* |  |  |

| **1. Paslaugos teikėjas***(Informacija bus viešinama Jaunimo reikalų departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenų bazėje)* |
| --- |
| **Pavadinimas** |  |
| **Juridinio asmens kodas** |  |
| **Atsakingas asmuo** |  |
| **Atsakingo asmens tel.**  |  |
| **Atsakingo asmens el. paštas** |  |

|  |
| --- |
| **2. Išsamiai aprašykite jaunų nemotyvuotų bedarbių ir neaktyvių jaunų žmonių (NEET) situaciją savivaldybėje (-ėse), kurioje (-iose) ketinate teikti pirminės intervencijos paslaugas.**  |
| **Savivaldybė** | **NEET skaičius** |
|  |  |
| **Situacijos aprašymas ir pagrindimas** |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Pagrįskite savo įstaigos / organizacijos motyvaciją teikti paslaugas NEET.** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Aprašykite savo įstaigos kompetenciją darbe su NEET, nurodydami: žmoniškuosius išteklius, įgyvendinamų projektų apimtis, teikiamų paslaugų bei tikslinės grupės mastus.** |
| **Žmoniškieji ištekliai (etatai / darbuotojų skaičius)** |  |
| **Savanorių skaičius** |  |
| **Įgyvendinamų / vykdomų projektų skaičius per pastaruosius 3 metus, kurie buvo nukreipti į NEET** |  |
| **NEET teikiamų paslaugų (val. per dieną / savaitę / mėnesį ) skaičius** |  |
| **Įstaigos organizuojamoje veikloje dalyvaujančių NEET skaičius per mėnesį** |  |
| **Vienos konkrečios veiklos Jūsų įstaigoje, nukreiptos į NEET, aprašymas.** |
|  |

**5. Įvardinkite kiekybinius ir kokybinius jūsų vykdytos veiklos rezultatus, kurie pagrįstų jūsų vykdomos veiklos su NEET rezultatyvumą / kokybę.**

|  |
| --- |
|  |

**6. Ar jūsų įstaiga teikia pirminės intervencijos paslaugų neįgaliems NEET?**

**Taip / Ne**

**7. Jeigu į klausimą Nr. 6 atsakėte teigiamai, aprašykite ir pagrįskite pirminės intervencijos paslaugų neįgaliems NEET teikimo patirtį.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Neįgaliųjų NEET skaičius per mėnesį.** |  |
| **Vienos konkrečios veiklos Jūsų įstaigoje, nukreiptos į neįgalius NEET, aprašymas.** |
|  |

**8**. **Įvertinkite savo turimą patirtį, nurodykite, su kokio amžiaus grupės jaunuoliais Jūsų įstaiga dirba.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Amžius** | **15-18 m.** | **19-24 m.** | **25-29 m.** |
| **Ar dirbama?** | **Taip / Ne** | **Taip / Ne** | **Taip / Ne** |

**9. Įvertinkite savo turimą patirtį ir pateikite prognozę, su kiek NEET galėtumėte dirbti per mėnesį.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Amžius** | **15-18 m.** | **19-24 m.** | **25-29 m.** |
| **Skaičius** |  |  |  |

**10. Aprašykite ir pagrįskite patalpų[[1]](#footnote-1), atitinkančių rekomendacijas, turėjimą ir pasiekiamumą NEET, kur jiems bus teikiamos paslaugos, nurodytos klausime Nr. 11.**

*(Informacija bus viešinama Jaunimo reikalų departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenų bazėje)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eil. Nr.**  | **Savivaldybės pavadinimas** | **Patalpų adresas** | **Situacijos aprašymas ir pagrindimas****(kvadratūra, turimos patalpos, nenaudojamos erdvės, inventorius ir pan.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **11. Išsamiai aprašykite nurodytas paslaugas, veiklas, kurios turi būti suteiktos NEET: kokios užduotys pateiktos, kokie metodai galėtų būti naudojami, kiek valandų per dieną / savaitę / mėnesį jis galėtų būti užimtas.** *(Informacija bus viešinama Jaunimo reikalų departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenų bazėje)* |
| --- |
| **Paslaugos pavadinimas** | **Metodai[[2]](#footnote-2)** | **Veikla** | **Trukmė** | **Ar galite užtikrinti mobiliųjų paslaugų teikimą? Kaip?** |
| Motyvavimas |  |  |  |  |
| Įtraukimas į visuomenei naudingą veiklą |  |  |  |  |
| Socialinių ir gyvenimo įgūdžių ugdymo |  |  |  |  |
| Pagalbos pažinti save |  |  |  |  |
| Nukreipimo, tarpininkavimo |  |  |  |  |
| Savęs pažinimas |  |  |  |  |
| Informavimo apie jauno žmogaus galimybes |  |  |  |  |
| Individualių socialinių – pedagoginių konsultacijų teikimo |  |  |  |  |
| Vaiko minimalios priežiūros |  |  |  |  |
| Kitos paslaugos (įrašyti) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **10. Papildoma informacija** |
|  |

**Įstaigos / organizacijos vadovas**

**ar įgaliotas asmuo**

**Parašas**

**A. V.**

1. *Patalpos turi atitikti 2014 m. birželio 4 d. Departamento direktoriaus įsakymu Nr. 2V-93-(1.4) patvirtintas Rekomendacijos atvirų jaunimo centrų veiklos kokybės užtikrinimui (dokumentą galite rasti čia - http://www.jrd.lt/atviras-darbas-su-jaunimu)* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Metodas - veikimo būdas, veiklos tvarka, sąmoningai naudojama kokiam nors tikslui pasiekti.* [↑](#footnote-ref-2)