ИЗВЕЩЕНИЕ  
о проведении конкурса на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг

|  |  |
| --- | --- |
| 23 января 2025 г. | № 1 |
| (дата) |  |

Государственный заказчик – Управление по труду, занятости и социальной защите Белыничского районного исполнительного комитета. 213051, Могилевская область, г. Белыничи, ул. Советская, 29. Контактное лицо: Кавкова Наталья Валентиновна; телефон:   
8(02232)78812, адрес электронной почты: sz@belynichi.gov.by

(наименование, адрес, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) контактного лица,

контактные телефоны, адрес электронной почты)

объявляет о проведении с 23.01.2025 по 24.02.2025

(дата проведения)

среди негосударственных некоммерческих организаций, зарегистрированных в установленном порядке и осуществляющих деятельность на территории Республики Беларусь, конкурса на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг *неработающим гражданам Белыничского района в возрасте 60 лет и старше, достигшим общеустановленного пенсионного возраста, имеющим право на государственную пенсию, инвалидам I и II группы, утратившим частично или полностью способность к самообслуживанию и передвижению.*

(предмет конкурса)

Проведение конкурса, оформление участия в нем и определение победителя конкурса осуществляются в порядке, установленном Положением о порядке проведения конкурса на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг и реализацию социальных проектов, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2012 г. № 1219.

Договор на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг *неработающим гражданам Белыничского района в возрасте 60 лет и старше, достигшим общеустановленного пенсионного возраста, имеющим право на государственную пенсию, инвалидам I и II группы, утратившим частично или полностью способность к самообслуживанию и передвижению*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(предмет договора)

должен быть подписан в течение 10 календарных дней после подведения итогов конкурса.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(срок подписания договора)

Прием конкурсных предложений осуществляется в запечатанных конвертах на бумажном носителе в соответствии с графиком работы государственного заказчика.

213051 Могилевская область, г. Белыничи, ул. Советская, 29, кабинет № 9.

Время работы: с 8.00 до 17.00; перерыв с 13.00 до 14.00.

Выходной: суббота, воскресенье.

Срок приема конкурсных предложений истекает в 17 часов 00 минут 24 февраля 2025 года.

(время и дата окончания срока)

Вскрытие конвертов с конкурсными предложениями состоится

25 февраля 2025 года в 10 часов 00 минут

(дата) (время)

по адресу: Могилевская область, г. Белыничи, ул. Советская, 29, кабинет № 9.

Задание

на оказание социальных услуг

посредством государственного социального заказа

1. Наименования социальных услуг

оказание социально-бытовых, социально-педагогических, социально-посреднических, социально-реабилитационных услуг.

2. Трудная жизненная ситуация человека, на решение которой направлено оказание социальных услуг ограничение способности к самообслуживанию и (или) самостоятельному передвижению, иные обстоятельства.

3. Информация о получателях социальных услуг:

3.1. социально-демографическая характеристика:

возрастная группа граждане в возрасте 60 лет и старше, достигшие общеустановленного пенсионного возраста,инвалиды I и II группы независимо от возраста;

социальный статус \_\_пенсионер, инвалид I и II группы;

(ребенок (ребенок-инвалид), пенсионер, инвалид, другое)

семейное положение одинокие, одиноко проживающие лица, за которыми не осуществляется постоянный уход с выплатой пособия по уходу в соответствии с Положением о порядке назначения и выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 6 сентября 2006 г. № 1149 (в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 28 июня 2024 г. № 460);\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(одинокий, одиноко проживающий, семья, другое)

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3.2. медицинские показания к оказанию социальной услуги

граждане, не имеющие медицинских противопоказаний, утратившие частично или полностью способность к самообслуживанию и передвижению, в соответствии с постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013 г. № 3/4 «Об установлении перечня медицинских показаний и (или) медицинских противопоказаний для получения социальных услуг»;

3.3. порядок (процедура) определения лиц, имеющих право на получение данных услуг (включая перечень документов, необходимых для получения услуг (если таковые используются), основания отказа в оказании услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

данный вид услуг имеют право получать неработающие граждане в возрасте 60 лет и старше, достигшие общеустановленного пенсионного возраста, инвалиды I и II группы независимо от возраста. Примерный перечень документов, необходимых для получения услуг: заявление; медицинская справка о состоянии здоровья; документ удостоверяющий личность; удостоверение инвалида (при наличии). Основанием для отказа в оказании услуг могут служить медицинские противопоказания;

3.4. порядок оказания услуг

заключение договора, наличие и ведение необходимой документации, в том числе отчетной, сопровождающей процесс оказания социальных услуг, и другое;

3.5. другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

противопоказанием к оказанию данного вида услуг являются заболевания, требующие оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4. Информация о социальных услугах:

4.1. перечень действий (работ), выполняемых для получателя социальных услуг в рамках предоставления услуг

оказываются в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2012 г. № 1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг» (социально-бытовые, социально-посреднические, социально-реабилитационные);

4.2. объем социальных услуг:

численность получателей социальных услуг в месяц, которым необходимо оказать услуги, 2-6 человек;

срок оказания социальных услуг с 03 марта 2025 года;

4.3. размер субсидии не должен превышать в месяц

976 рублей 62 копейки и предусматривает финансирование расходов на:

оплату труда и выплату среднего заработка за время трудового отпуска, вознаграждение по гражданско-правовым договорам, взносы (отчисления) на социальное страхование 976 рублей 62 копейки;

проезд\_\_\_0\_\_рублей \_\_\_0\_\_копеек;

услуги электросвязи\_\_\_0\_\_рублей \_\_\_0\_\_копеек;

приобретение расходных материалов\_\_\_ рублей\_\_\_копеек;

4.4. место оказания социальных услуг Могилевская область, г. Белыничи;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(область, район, населенный пункт)

4.5. требования к персоналу, оказывающему социальные услуги

требований к образованию нет, медицинская справка о состоянии здоровья.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(образование, квалификация, опыт, наличие медицинской справки о состоянии здоровья, лицензий и другое)

5. Ожидаемые результаты:

удовлетворение потребностей граждан в возрасте 60 лет и старше, достигших общеустановленного пенсионного возраста и инвалидов в социальных услугах, облегчение физических страданий, повышение их жизнеспособности, поддержание физического и психологического состояния.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к Положению о порядке проведения  конкурса на выполнение государственного  социального заказа, финансируемого путем  предоставления негосударственным  некоммерческим организациям субсидий  на оказание социальных услуг и реализацию  социальных проектов |

Форма

Государственному заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

государственного заказчика)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование негосударственной некоммерческой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
на участие в конкурсе на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг и реализацию   
социальных проектов

Просим зарегистрировать в качестве участника конкурса на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления субсидий на оказание социальных услуг и реализацию социальных проектов, проводимого согласно извещению о проведении конкурса от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, негосударственную

(дата)

некоммерческую организацию

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование негосударственной некоммерческой организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Гарантируем достоверность представленной в конкурсном предложении информации.

В случае победы в конкурсе обязуемся подписать договор на выполнение государственного социального заказа, финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг и реализацию социальных проектов.

К заявлению прилагаются документы согласно описи на \_\_\_\_\_ л.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель негосударственной  некоммерческой организации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (фамилия, инициалы) | (подпись) |
| Главный бухгалтер | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (фамилия, инициалы) | (подпись) |

Дата поступления заявления\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер конкурсного предложения\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Заполняется членом конкурсной комиссии

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Сведения о негосударственной некоммерческой организации

1. Полное наименование.

2. Краткое наименование.

3.Сведения о регистрации организации (наименование регистрирующего органа, дата регистрации).

4. Юридический адрес.

5. Контактные телефоны.

6. Руководитель организации (должность служащего, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), контактный телефон.

7. Устав организации.

8. Материально-техническая база организации.

9. Предмет, цели и основные задачи деятельности организации.

10. Опыт работы организации в области социального обслуживания.

11. Характеристика обслуживаемых граждан (возрастная группа, социальный статус, семейное положение и другое).

12. Место оказания социальных услуг, реализации социальных проектов.

13. Описание реализованных социальных проектов.

14. Формы социального обслуживания и социальные услуги, оказываемые организацией.

15. Объемы оказываемых организацией социальных услуг.

16. Сведения о работниках, оказывающих социальные услуги (численность, пол, возраст, образование, квалификация, наличие медицинской книжки, лицензий и другое).

17. Информация об удовлетворенности получателей социальных услуг (наличие документально зафиксированных положительных отзывов, жалоб, из них обоснованных, предъявленных судебных исков и другое).

18. Источники финансирования организации.

19. Вклад организации в оказание социальных услуг и реализацию социального проекта.

20. Сведения об отсутствии задолженности по уплате налогов, сборов (пошлин), пеней, а также по уплате обязательных страховых взносов в бюджет государственного внебюджетного фонда социальной защиты населения Республики Беларусь.

21. Другая информация по желанию организации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель негосударственной  некоммерческой организации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, инициалы) |  | (подпись) |

\_\_\_\_\_\_\_

(дата)