

Приложение N 1
к Положению о порядке проведения
квалификационного отбора
некоммерческих организаций,
предоставляющих услуги
по социальной реабилитации и
ресоциализации лиц, допускающих
немедицинское потребление
наркотических средств
и психотропных веществ,
в Костромской области

ФОРМА

В департамент по труду и социальной защите
населения Костромской области

ЗАЯВКА
НА УЧАСТИЕ В КВАЛИФИКАЦИОННОМ ОТБОРЕ НЕКОММЕРЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ, ДОПУСКАЮЩИХ
НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ
И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, В КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Полное наименование реабилитационной организации в соответствии с Уставом	
Сокращенное наименование реабилитационной организации	
ИНН, КПП, ОГРН	
Адрес (юридический, фактический)	
Электронный адрес, интернет-сайт	
Количество филиалов в регионе	
Расч./счет, кор./счет	
Наименование банка	
БИК	
Руководитель (Ф.И.О.), телефон, иные контактные телефоны	
Штат сотрудников	
Количество мест для потребителей наркотиков	
Условия приема на реабилитацию, установленные локальными актами (дата, номер акта)	
Модель (программа) реабилитации	
Продолжительность реабилитационной программы	

Сотрудничество с религиозными и иными организациями (да/нет)	
Количество лиц, прошедших реабилитацию:	
- с момента осуществления деятельности реабилитационной организации; - в текущем году	
Сроки ремиссии потребителей наркотиков или иные критерии оценки эффективности реабилитационных программ	
Постреабилитационный патронаж (да/нет)	
Реабилитационная организация согласна с условиями проведения квалификационного отбора, установленными нормативными правовыми актами Костромской области	
Реабилитационная организация не находится в процессе ликвидации, в отношении нее не осуществляется процедура банкротства, имущество не арестовано, экономическая деятельность не приостановлена	
Задолженность по расчетам с бюджетами всех уровней и государственными внебюджетными фондами на дату представления заявки отсутствует	
Просроченная задолженность перед кредитными организациями на дату представления заявки отсутствует	

Прошу допустить _____
(наименование организации)

к участию в квалификационном отборе некоммерческих организаций, предоставляющих услуги по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, в Костромской области.

Достоверность информации (в том числе документов), представленной в составе заявки на участие в квалификационном отборе, подтверждаю.

1. С условиями участия в квалификационном отборе ознакомлен и согласен.

2. Документы на _____ листах прилагаются.

(Ф.И.О., подпись руководителя) " ____ " _____ 20__ г.
(дата представления заявки)

М.П.

(Ф.И.О., должность, подпись представителя
департамента по труду и социальной защите
населения Костромской области,
принявшего документ) " ____ " _____ 20__ г.
(дата приема заявки)