# Žádost o dotaci / Část B2

# 1. INFORMACE O ZAŘÍZENÍ REALIZUJÍCÍ PROJEKT

* 1. Adresa zařízení

**Název organizace**

**Název zařízení**

(které službu/projekt realizuje)

**Adresa zařízení**

(adresy detašovaných pracovišť uvádějte v bodě 4 této části)

**Kraj** (Hlavní město Praha, Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj, Karlovarský kraj, Kraj Vysočina, Královéhradecký kraj, Liberecký kraj, Moravskoslezský kraj, Olomoucký kraj, Pardubický kraj, Plzeňský kraj, Středočeský kraj, Ústecký kraj, Zlínský kraj, Celá ČR)

* 1. Identifikace projektu

**Kód projektu**

**Název projektu**

* 1. Identifikace služby

**Typ služby**

Typy služeb podle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (nová typologie adiktologických služeb platná od listopadu 2021).

 P - Adiktologické preventivní služby (prevence)

 HR - Adiktologické služby minimalizace rizik (harm reduction)

AL - Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství (ambulantní léčba)

* Služba ambulantní léčby poskytuje substituční léčbu: ANO NE
* Služba ambulantní léčby poskytuje dlouhodobý strukturovaný ambulantní (stacionárních) program ANO NE

KS - Adiktologické služby krátkodobé stabilizace (krátkodobá stabilizace)

 RL - Adiktologické služby rezidenční léčby (rezidenční léčba)

 NP - Adiktologické služby následné péče (následná péče)

POR - Specializované služby poradenství pro osoby se závislostním chováním a/nebo osoby ohrožené závislostním chováním a jejich blízké

 IVH - Projekty zaměřené na poskytování informací, výzkum, hodnocení a další projekty, které nelze zařadit do výše uvedených kategorií

**Služba realizována od**

**Typ registrace sociální služby**

není registrovaná

**Typ registrace zdravotní služby**

není registrovaná

**Forma poskytování služby**

\* ICT = poskytování služeb výhradně prostřednictvím informačních a komunikačních technologii

terénní

ambulantní

pobytová

ICT \*

* 1. Vedoucí služby

**Jméno, příjmení, titul**

**Funkce**

**Telefon**

**E-mail**

# 2. CÍLOVÁ SKUPINA

**Převažující cílová skupina služby**

(uživatelé alkoholu, uživatelé tabáku, uživatelé léků, uživatelé nelegálních látek, patologičtí hráči, jiné závislostní chování, jiné bez závislostního problému (např. typicky v případě adiktologických preventivních služeb, programů zaměřených na osoby blízké, bez převažující cílové skupiny)

**Upřesnění/komentář k cílové skupině**

Možnost doplnit další cílové skupiny, kterým se služba věnuje kromě převažující cílové skupiny.

**Poskytujete v rámci služby specializovaný program pro některou z těchto cílových skupin?**

Informace slouží k přehledu o situaci ve službách. Výběr z možností nesouvisí s prioritizací služby v rámci dotačního řízení.

Termín SPECIALIZOVANÝ PROGRAM označuje činnosti, které jsou odděleny personálně, časově, místně a/nebo metodami pro práci s touto cílovou skupinou. Pokud je celá služba specializovaná na specifickou cílovou skupinu, je považována za specializovaný program**.**

služba nemá specializovaný program

děti a mladistvé do 18 let se závislostním problémem

matky s dětmi/těhotné ženy

stárnoucí uživatelé drog

patologické hráče

etnické menšiny

klienti s duálními diagnózami

osoby ve vazbě / výkonu trestu odnětí svobody /po výkonu trestu odnětí svobody

jiné (upřesněte v komentáři)

**Upřesnění/komentář ke specializovaným programům**

# 3. PROGRAM PRIMÁRNÍ PREVENCE

Adiktologická preventivní služba (prevence)

**Typ a témata poskytovaných programů primární prevence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Všeobecnáprevence | Selektivníprevence | Indikovanáprevence |
| prevence v adiktologii – prevence kouření     |  |  |  |
| prevence v adiktologii – prevence užívání alkoholu |  |  |  |
| prevence v adiktologii – prevence patologického hráčství |  |  |  |
| prevence v adiktologii – prevence užívání nelegálních drog |  |  |  |
| záškoláctví     |  |  |  |
| šikana a extrémní projevy agrese, kyberšikana     |  |  |  |
| rizikové sporty     |  |  |  |
| rizikové chování v dopravě     |  |  |  |
| rizikové chování v dopravě     |  |  |  |
| rasismus a xenofobie |  |  |  |
| negativní působení sekt |  |  |  |
| sexuální rizikové chování |  |  |  |
| spektrum poruch příjmu potravy |  |  |  |
| okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN |  |  |  |
| základní vzorce bezpečného chování napříč typy rizikového chování |  |  |  |
| právní vědomí napříč typy rizikového chování     |  |  |  |
| prekriminální a kriminální chování napříč typy rizikového chování |  |  |  |

**Upřesnění/komentář k programu primární prevence**

# 4. ZÁZEMÍ A MÍSTA REALIZACE SLUŽBY

**Stručný popis provozního zázemí služby**

Popište stručně prostorové řešení služby, uveďte, zda jsou např. vyhrazeny prostory pro práci s klienty, pro výměnu injekčního materiálu a základní vybavení služby.

**Adresy detašovaných pracovišť (jsou-li)**

**Místa realizace služby**

Relevantní pro adiktologické služby minimalizace rizik poskytované terénní formou (kam služba zajíždí), adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství se specifickým programem pro osoby ve vazbě / výkonu trestu odnětí svobody /po výkonu trestu odnětí svobody (ve kterých věznicích působí), adiktologické preventivní služby (kde realizují programy).

# 5. PROVOZNÍ DOBA REALIZACE SLUŽBY

Uveďte, které dny a ve kterých hodinách je služba poskytovaná klientům. Pokud je služba poskytována současně na několika místech – např. adiktologické služby minimalizace rizik poskytované terénní formou (terénní programy) – využijte možnosti nakopírovat tabulku pro každé místo poskytování zvlášť. Informace slouží k přehledu o službách.

(nerelevantní pro adiktologické preventivní služby)

**Pobytová forma služby**

Jde o pobytovou formu poskytování služby. Služba je poskytována nepřetržitě.

**Kapacita programu (počet lůžek)**

**Ambulantní, terénní, ICT forma služby**

Služba

**Název služby**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Den** | **Provozní doba** | **Poznámka** |
| **Pondělí** |  |  |
| **Úterý** |  |  |
| **Středa** |  |  |
| **Čtvrtek** |  |  |
| **Pátek** |  |  |
| **Sobota** |  |  |
| **Neděle** |  |  |

**Upřesnění / pozn.**

# 6. POPIS SLUŽBY/PROJEKTU

**Základní popis služby/projektu**

Stručně charakterizujte službu/projekt.

**Testování na infekční onemocnění (např. HIV, VHC, VHB, syfilis)**

Uveďte, zda služba poskytuje testování na infekční onemocnění (např. HIV, VHC, VHB, syfilis, tuberkulóza). Pokud ano, stručně uveďte, jakým způsobem je testování poskytováno, a na jaká onemocnění je testování zajištěno.

|  |
| --- |
|  |

**Specifika, popište čím je služba/projekt specifický**

V případě, že jste certifikovanou službou, nepopisujte činnosti, které jsou součástí daného typu služby např. dle Seznamu a definic výkonů adiktologických služeb, nebo dle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb – zaměřte se hlavně na specifika služby. Prosím neuvádějte a nepopisujte základní intervence typické pro Váš typ služby (např. popis procesu distribuce zdravotnického materiálu).

**Odborné zajištění služby**

Stručná informace o odborném zajištění služby a supervize. Zejména u nových projektů v dotačním řízení ÚV ČR uveďte stručný popis odborného zajištění projektu, tj. odbornou praxi jednotlivých členů týmu.

# 7. ZMĚNY OPROTI PŘEDCHOZÍMU ROKU

**Odůvodnění (vysvětlení) změn služby**