



**Від народу  
Японії**

Вказівки щодо заповнення форми заявки на  
отримання ґрантової допомоги по проектам  
безпеки людини «Кусаноне»

**ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ  
ГРАНТОВОЇ ДОПОМОГИ ПО ПРОЕКТАХ БЕЗПЕКИ ЛЮДИНИ  
ПРОГРАМИ «КУСАНОНЕ»**

1. ЗАЯВНИК

(1) Назва організації

\_\_\_\_\_

(2) Адреса

\_\_\_\_\_

(3) Телефон

\_\_\_\_\_

Факс

Електронна пошта

(4) Відповідальна особа (П.І.Б.)

\_\_\_\_\_

(Посада)

\_\_\_\_\_

Зазначте номер стаціонарного та мобільного телефону

Обов'язково зазначте адресу електронної пошти.

(б) Будь ласка, дайте відповідь на наступні запитання про вашу організацію.

(А) НЕУРЯДОВА ОРГАНІЗАЦІЯ (НУО)

(i) Рік заснування

---

(ii) Кількість працівників

---

(iii) Задачі установи

---

---

(iv) Основні види діяльності

---

---

---

Заявником можуть бути різні неприбуткові організації.

Якщо заявником є громадська організація, благодійний фонд, інша неприбуткова установа або орган місцевого самоврядування, а отримувачем допомоги є лікарня або школа, просимо заповнювати інформацію про дві установи. Фізичні особи не можуть бути отримувачами допомоги.

Для реалізації проектів у державних/ комунальних та в інших бюджетних установах зазначте інформацію про неприбуткову організацію-партнера, яка має досвід реалізації проектів та може виступити отримувачем коштів, має рахунок у комерційному банку.

(Б) ШКОЛА АБО НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ

(i) Рік заснування

\_\_\_\_\_

(ii) Кількість вчителів (наукових співробітників)

\_\_\_\_\_

(iii) Кількість студентів

\_\_\_\_\_

(iv) Цілі досліджень

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(В) ЛІКАРНЯ АБО МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

(i) Рік заснування

\_\_\_\_\_

(ii) Кількість лікарів

\_\_\_\_\_

(iii) Кількість медсестер

\_\_\_\_\_

(iv) Кількість ліжок

\_\_\_\_\_

(v) Медичне обслуговування, яке надається вашою лікарнею/інститутом

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Г) УРЯД КРАЇНИ

(i) Населення

\_\_\_\_\_

(ii) Розмір бюджету (на кожний фінансовий рік)

\_\_\_\_\_

(iii) Нинішня ситуація та проблеми на території, що знаходиться під юрисдикцією заявника

\_\_\_\_\_

(Д) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА (ДЕПАРТАМЕНТ)

(i) Кількість співробітників

\_\_\_\_\_

Якщо школа є опорною, або філією іншого закладу зазначте це.

Зазначте також інформацію про рівень закладу охорони здоров'я, відношення до медичного округу тощо.

Загальний об'єм файлів, який надсилаєте разом із заявкою в одному листі електронної пошти, не повинен перевищувати 10 мб, в іншому випадку розділяйте відправлення на кілька листів.

Якщо ви маєте будь-який документ або буклет, що представляє вашу установу, додайте їх до цієї заявки.

## 2. ПРОЕКТ

(1) Назва проекту

---

(2) Місцезнаходження (включити відстань від найближчого відомого міста)

---

---

(3) Цільові завдання проекту

---

---

---

Опишіть, які цілі ви хочете досягти в результаті реалізації проекту. По можливості, надайте кількісні характеристики поставленої мети.

(4) Детальний опис проекту

---

---

---

---

---

---

Опишіть підґрунтя та передумови виникнення необхідності реалізації проекту. Наприклад,  
- у випадку застарілого обладнання: модель, країна виробника, рік випуску, частота поломок за останні три роки, статистика використання обладнання (кількість проведених досліджень, кількість випадків-відмов у проведенні досліджень через незадовільний стан обладнання, кількість досліджень, що необхідно провести), труднощі, які виникають при використанні обладнання.

- у випадку ремонту приміщення: рік будівництва приміщення, рік останнього капітального ремонту, температурні, світлові показники приміщення, рівень вологості та порівняння з нормативними показниками. Надайте інші кількісні та якісні характеристики ситуації.

Якщо проводилася оцінка фаховим спеціалістом стану обладнання/ будівлі, іншого об'єкту та надані висновки, будь ласка, зазначте це з тлумаченням висновку. Вкажіть ініціативи, які були здійснені вами для вирішення ситуації до моменту подачі заявки.

Використовуйте терміни та опис, зрозумілий для осіб, які не є експертами у тематиці проекту. Дотримуйтесь простоти пояснень.

(5) Населення, що буде мати користь від проекту

Вкажіть кількість та географічні характеристики місця проживання населення, яке матиме користь від проекту напряду (зважаючи на актуальну статистику використання), а також перспективу загалом (населення, що проживає на території, яку обслуговує заклад), тощо.

(6) Очікувані результати проекту (вказіть взаємозв'язок між проектом та його загальною метою, та яким чином проект допоможе в досягненні поставленої мети)

Опишіть вигоди, результати, які ви зможете досягнути після реалізації проекту. Надайте кількісний прогноз результатів.

(7) Приблизна вартість проекту

Використовуйте терміни та опис, зрозумілий для осіб, які не є експертами у тематиці проекту. Дотримуйтесь простоти пояснень.

\*ПДВ фінансується отримувачем гранту (7% для медичного обладнання, 20% для інших товарів і послуг)

\*\* отримувач зобов'язується оплатити банківську комісію за конвертацію валют (розмір, визначається в залежності від суми гранту, близько 10000 грн.)

Вкажіть орієнтовну вартість проекту, враховуючи інформацію надану у комерційних пропозиціях трьох постачальників, включаючи послуги аудиту.

Щорічно максимальна сума гранту змінюється. Орієнтовний максимальний розмір гранту без ПДВ складає 2 мільйони гривень.

Окрім банківської комісії за конвертацію валют, отримувачу необхідно буде оплатити ПДВ на обладнання/роботи/послуги, що закуповуватимуться в рамках проекту, у випадку виникнення такого податку (для медичного обладнання – 7%, для інших товарів і послуг – 20%).

Додайте перелік товарів/послуг, які ви маєте намір придбати за рахунок програми Кусаноне.

---

---

---

---

(8) Якщо ви застосуєте програми Кусаноне для однієї частини проекту, то яким чином ви будете фінансувати інші витрати (ПДВ, банківську комісію тощо)?

---

---

---

---

(9) Тривалість проекту: \_\_\_\_\_ місяців

Також, просимо додати наступні матеріали (якщо Ви їх не маєте, надайте еквівалентну інформацію в наше посольство):

- Мапа місцезнаходження проекту
- Письмовий кошторис товарів/послуг від трьох постачальників

Які джерела фінансування для реалізації досягнення цілей ви передбачаєте, окрім програми Кусаноне? Якщо програма Кусаноне не зможе покрити всіх запланованих робіт/вартості товарів, які джерела ресурсів ви будете використовувати?

Хто оплачуватиме ПДВ та банківську комісію за конвертацію валют?

Хто покриватиме дефіцит бюджету по проекту у випадку збільшення вартості проекту в результаті інфляції тощо?

Орієнтовний термін в місяцях, за який проект може бути реалізований.

Максимальний термін реалізації проекту 12 місців.

На електронній карті міста/району (стоп-кадр) позначте місцезнаходження об'єкту проекту.

Комерційні пропозиції на постачання товарів/ послуг у визначеній специфікації та у визначеній кількості. Необхідно, щоб була вказана сума з та без ПДВ.