**Заявка на присоединение к**

**Альянсу «Ценность каждого»**

**Полное название:** Альянс профессиональных организаций, поддерживающих детей и взрослых с психическими нарушениями.

|  |
| --- |
| **Название организации-заявителя** (полное и краткое название согласно Уставу с указанием правовой формы): |
|  |
| **Веб-сайт** |
|  |
| **Юридический/фактический/почтовый адрес** |
| Индекс  Город  Улица  Дом  Комната/офис |
| **Информация о руководителе организации-заявителя** |
| ФИО  Эл.почта  Телефон  Skype |
| **Информация о контактном лице (не заполняйте, если совпадает с данными руководителя)** |
| ФИО:  Эл.почта  Телефон  Skype |
| **Краткое описание организации-заявителя (не более 500 слов). Миссия, основные цели и задачи, дата создания, источники финансирования деятельности и их пропорциональное соотношение.** |
|  |
| **Краткое описание деятельности организации за последние 2 года (не более 200 слов) и наиболее важные достижения/результаты за этот период.** |
|  |
| **Какие основные цели вы преследуете, присоединяясь к Альянсу?** |
|  |
| **Как вы хотите/можете помочь Альянсу достичь основных целей? В какой деятельности вы готовы принимать участие и как часто?** |
| * Составление документов * Обзор и комментирование документов * Предоставление экспертизы (подробно опишите экспертную сферу) * Участие в информационных кампаниях/проектах * Публичное представительство Альянса на разных уровнях (региональном, федеральном, за рубежом) * Участие в ежегодном Общем собрании членов Альянса * Другое |
| **Перечислите 1-2 организации/учреждения и/или укажите ФИО лиц, которые могут вас рекомендовать для присоединения к Альянсу:** |
|  |
| **Подписывая данную заявку, организация-заявитель выражает свое согласие с идеями, изложенными в Манифесте Альянса, обязуется не отклоняться от его Миссии, следовать общим целям, действовать сообща, в согласии и добросовестно.** |
| Дата заполнения:  ФИО руководителя организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. |

|  |
| --- |
| **Решение Правления (*заполняется Правлением по результатам рассмотрения заявки)*** |
|  |

Благодарим за заполнение заявки.

Ваша заявка будет рассмотрена в течение 30 дней (одного месяца).

Правление Альянса оставляет за собой право запросить дополнительную информацию о составе руководящих органов, финансах и деятельности заявителя.

Контактная информация Альянса:

Инга Пагава, секретарь

[pagava.i@ccp.org.ru](mailto:i.pagava@ccp.org.ru)

т: +7 926 228 01 72