Załącznik Nr 1 do Regulaminu przyznanie grantów w ramach projektu

pn. „Wsparcie Dolnośląskich DPS”

**WNIOSEK O PRZYZNANIE GRANTU**

**w ramach projektu w ramach projektu pn. „Wsparcie Dolnośląskich DPS“, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Wypełnia realizator projektu: Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej* | |
| Nr wniosku |  |
| Data wpływu wniosku |  |
| Godzina wpływu Wniosku |  |

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| NIP |  |
| KRS (o ile dotyczy) |  |
| **Siedziba:** | |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| **Kontakt:** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

**II.** **DANE PODMIOTU NA RZECZ KTÓREGO WNIOSKODAWCA PROWADZIĆ BĘDZIE ZADANIA (DPS):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres podmiotu:** | | |
|  | | |
| Podmiot prowadzący lub tworzący: | | |
|  | Jednostka samorządu terytorialnego | |
|  | Organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna | |
| **NIP podmiotu:** | |  |
| **Zakres działań podmiotu** (należy wskazać, czy podmiot prowadzi całodobowa działalność opiekuńczą, należy wskazać liczbę miejsc w DPS) | | |
|  | | |

**III. ZAKRES MERYTORYCZNO - FINANSOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **OBSZAR REALIZACJI** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **OPIS ZADAŃ (zgodnie z §2 Regulaminu)**   *(należy opisać zakres planowanych do realizacji zadań oraz wykazać ich zgodność z Regulaminem udzielania grantów; należy określić harmonogram działań w odniesieniu do każdego działania – kategorii kosztu planowanego do poniesienia w ramach grantu)* | | | | | |
| **L.p.** | **zakres działań** | | | **termin realizacji** | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| 1. **WSKAŻNIKI ZAKŁADANYCH REZULTATÓW I SPOSÓB ICH POMIARU**   *(w szczególności należy wskazać: liczbę podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVId-19, wartość wydatków kwalifikowanych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19, planowaną liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)* | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **TERMIN REALIZACJI GRANTU** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Plan finansowy W ZAKRESIE ZADAŃ NA RZECZ DPS** | | | | | |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU [[1]](#footnote-1)** | | | | **WARTOŚĆ**  **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatki do wynagrodzeń dla pracowników** | | | | | |
| L.p. | **Okres realizacji kosztu**  *max. 3 miesiące*  *01.08. – 31.10..2020* | **Kwota jednostkowa** | **Liczba pracowników, którym przyznano dodatki do wynagrodzeń** | | **Łącznie wysokość kosztu nr 1** |
| 1. |  | 1 450,00 zł[[2]](#footnote-2) |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Łącznie:** | | | | |  |
| **INFORMACJA NA TEMAT SPOSOBU WYDATKOWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** (należy wskazać faktycznego dysponenta środków finansowych wraz z kwotami) | | | | | |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZA KWOTA WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:** |  |

Wnioskodawca informuje, że koszty wskazane w powyższej kalkulacji są kosztami **zawierającymi/nie zawierającymi (niepotrzebne skreślić)** podatek VAT.

Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że wydatki w ramach grantu mogą obejmować koszt podatku od towarów i usług (VAT) jedynie w przypadku, gdy Grantobiorca lub podmiot, któremu Grantobiorca przekaże środki finansowe (zgodnie z §11 ust. 6 Regulaminu), nie ma prawnej możliwości odzyskania podatku VAT, co potwierdza odpowiednim oświadczeniem, stanowiącym załącznik do umowy o powierzenie grantu.

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. „Wsparcie Dolnośląskich DPS”, którego beneficjentem jest Województwo Dolnośląskie- Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej.
2. Oświadczam/-y, że Wnioskodawca nie jest wykluczony z możliwości ubiegania się o grant wyłączone są podmioty podlegające wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie art. 207 ust. 4 ustawy z 21.06.2013 r. o finansach publicznych, z zastrzeżeniem art. 207 ust. 7 tej Ustawy.
3. Oświadczam/-y, że Wnioskodawca prowadzi działalność opiekuńczą na terenie województwa dolnośląskiego.
4. Oświadczam/-y, że wykorzystam/-y grant z należytą starannością, aby zrealizowane w ramach grantu działania i poniesione wydatki były zgodnie z założeniami niniejszego wniosku.
5. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
6. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy uprawniony/-eni do reprezentowania Wnioskodawcy.
7. Oświadczam/-y, że zapoznałem się/zapoznaliśmy się z Regulaminem przyznawania grantów w ramach projektu „Wsparcie Dolnośląskich DPS”.

|  |
| --- |
| Data wypełnienia wniosku: |
| Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu |

**Załączniki:**

1. Pełnomocnictwo do reprezentowania Podmiotu – o ile dotyczy.
2. inne

1. Koszty podzielono na kategorie zgodne z rodzajem zadań możliwych do realizacji wskazanych w §2 ust. 2 oraz §5 pkt. 2 Regulaminu przyznawania wsparcia [↑](#footnote-ref-1)
2. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-2)