Załącznik Nr 1 do Regulaminu przyznanie grantów w ramach projektu

pn. „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19

**WNIOSEK O PRZYZNANIE GRANTU**

**w ramach projektu „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19” nr RDPS.09.03.00-02.0022/20 współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Działania 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych, Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 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:** |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

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

|  |
| --- |
| **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 lub świadczenia szpitalne, w przypadku DPS 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. **OPIS SPOSOBU WŁĄCZENIA PODMIOTÓW EKONOMII SPOŁECZNEJ W REALIZOWANE ZADANIA**
 |
|  |
| 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:** Zakup testów na obecność wirusa COVID-19 oraz usługa ich wykonania |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Doposażenie stanowisk pracy w podmiotach świadczących usługi w środki ochrony indywidualnej i sprzęt niezbędny do walki z epidemią |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Przygotowanie miejsc do odbywania kwarantanny przed przyjęciem do instytucji (przyjęcia interwencyjne) oraz a) Zapewnienie funkcjonowania takich miejsc, zwłaszcza kosztów asystencji lub opieki oraz wyżywienia dla osób w kwarantannie;b) Zwrot kosztów organizacji miejsc odbywania kwarantanny lub miejsc noclegowych i wyżywienia dla osób realizujących usługi, które- chcąc chronić własne rodziny – nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów i rodzin. |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogólem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zwrot kosztów organizacji miejsc do ewakuacji instytucji (domy studenta, hotele, inne) jak najbliżej miejsca placówki ewakuowanej w tym: finansowanie funkcjonowania takich miejsc (w tym wynagrodzenia, koszty wyżywienia, koszty środków ochrony osobistej oraz innych materiałów jednorazowego użycia) |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla osób potrzebujących (zwłaszcza on-line lub telefoniczna) |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla pracowników podmiotów świadczących usługi (zwłaszcza on-line lub telefoniczna). Zwrot kosztów organizacji spotkań on-line z rodziną i bliskimi dla podopiecznych i opiekunów. |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **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.

|  |
| --- |
| 1. **Plan finansowy W ZAKRESIE DZIAŁAŃ NA RZECZ SZPITALI**
 |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY**  |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU [[2]](#footnote-2)** | **WARTOŚĆ** **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup sprzętu medycznego |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Cena jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup sprzętu do prowadzenia dezynfekcji |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Koszt ogólem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup wyposażenia obiektowego i budowlanego placówki |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup wyposażenia laboratorium |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba/jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **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. „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19”, 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. Oświdczam/-y, że Wnioskodawca prowadzi działalność leczniczą i/lub opiekuńczą na terenie województwa dolnośląskiego.
4. Oświadczam/-y, że dołożę/-my wszelkich starań, 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 „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19”.

|  |
| --- |
| 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. 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-2)