Załącznik Nr 4 do Umowy powierzenia grantu w ramach projektu

pn. „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI 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* | |
| Data wpływu sprawozdania |  |

**I. PODSTAWOWE INFORMACJE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Nazwa Grantobiorcy** |  | | | |
| **2. Adres siedziby Grantobiorcy** |  | | | |
| **2. Data zawarcia umowy i numer umowy** |  | | | |
| **4. Osoba do kontaktów roboczych** |  | | | |
| **5. Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

**II.** **DANE PODMIOTU NA RZECZ KTÓREGO GRANTODAWCA PROWADZIŁ DZIAŁANIA (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. OPIS DZIAŁAŃ MERYTORYCZNYCH I FINANSOWYCH ZREALIZOWANYCH W RAMACH GRANTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **SYNTETYCZNY OPIS DZIAŁAŃ ZREALIZOWANYCH W RAMACH PRZYZNANEGO GRANTU**   (proszę opisać obszar realizacji grantu, zakres podjętych działań zgodnie z zapisami wniosku o przyznanie grantu) | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **OSIĄGNIĘTE WSKAŹNIKI REZULTATÓW**   *(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, liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn )* | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **OPIS SPOSOBU ZAANGAŻOWANIA PODMIOTÓW EKONOMII SPOŁECZNEJ W REALIZOWANE ZADANIA (**w szczególności dot. dokonywania zakupów w PES) | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **zrealizowany plan finansowy W ZAKRESIE ZADAŃ NA RZECZ DPS** | | | | | |
| **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** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **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** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **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** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **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** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **KATEGORIA KOSZTÓW:** Pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla osób potrzebujących (zwłaszcza on-line lub telefoniczna) | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **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** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **Zestawienie wydatków na zakup środków trwałych powyżej kwoty 10 tys. zł** | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  | **INFORMACJA NA TEMAT SPOSOBU WYDATKOWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** (należy wskazać faktycznego dysponenta środków finansowych wraz z kwotami) | | | | |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZA KWOTA WYDATKOWANEGO WSPARCIA:** |  |

Grantobiorca 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. **zrealizowany plan finansowy W ZAKRESIE ZADAŃ NA RZECZ SZPITALI** | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU[[2]](#footnote-2)** | | | | **WARTOŚĆ**  **PLN** |
|  | **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup sprzętu medycznego | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup sprzętu do prowadzenia dezynfekcji | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup wyposażenia obiektowego i budowlanego placówki | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **KATEGORIA KOSZTÓW:** Zakup wyposażenia laboratorium | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **Zestawienie wydatków na zakup środków trwałych powyżej kwoty 10 tys. zł** | | | | |
| L.p. | **Nazwa kosztu** | **Liczba /jednostka** | **Kwota jednostkowa** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** | | | |  |
|  | **INFORMACJA NA TEMAT SPOSOBU WYDATKOWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** (należy wskazać faktycznego dysponenta środków finansowych wraz z kwotami) | | | | |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZA KWOTA WYDATKOWANEGO WSPARCIA:** |  |

Grantobiorca 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 Grantobiorcy:**

**Oświadczam(-y), że:**

1. poniesione wydatki dotyczyły wyłącznie wsparcia skierowanego do DPS i szpitali – zgodnie z zapisami umowy i wniosku o przyznanie grantu w obszarze przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19 oraz łagodzeniem skutków wynikających z pandemii;
2. wszystkie podane w sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. wszystkie wydatki finansowane w ramach projektu nie podlegają i nie będą podlegały finansowaniu z innych środków publicznych.
4. jestem/-śmy uprawniony/-eni do reprezentowania Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| 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)