# WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU

**w ramach projektu „Pomorskie dzieciom”**

|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia realizator projektu: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego | |
| Nr wniosku |  |
| Data wpływu wniosku |  |

### **Dział I. DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wnioskodawcy |  |
| NIP |  |
| KRS (o ile dotyczy) |  |
| **Siedziba** | |
| Adres |  |

### **Dział II. IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot: | |
|  | Jednostka samorządu terytorialnego |
|  | Organizacja pozarządowa / kościelna osoba prawna / inna osoba prawna |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontakt w sprawie Wniosku:** | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktów roboczych |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

### **Dział III. GRANTOBIORCA Nr 1[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Grantobiorcy Nr 1 |  |
| NIP |  |
| **Siedziba** | |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

##### Dane niezbędne do określenia maksymalnej kwoty Grantu przysługującego Grantobiorcy Nr 1[[2]](#footnote-2):

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba pracowników** zajmujących się opieką i wychowaniem w POW / RPOT**:** |  |
| **Liczba pracowników** zajmujących się świadczeniem specjalistycznej pomocy dzieciom w hospicjach domowych dla dzieci **:** |  |
| **Liczba dzieci** w POW / RPOT / RDD / rodzinach zastępczych zawodowych / hospicjach domowych dla dzieci **:** |  |
| **Łącznie:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Maksymalna kwota grantu:**  (liczba wskazana w wierszu 4 x max. 5700 zł) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ Nr 1** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ Nr 1**   **(zgodnie z Rozdziałem II Regulaminu)** | | | | | |
| **Nazwa działania:[[3]](#footnote-3)** | | | | | |
| **Opis:** | | | | | |
| **Nazwa działania:** | | | | | |
| **Opis:** | | | | | |
| **Nazwa działania:** | | | | | |
| **Opis:** | | | | | |
| 1. **OPIS REZULTATU** | | | | | |
| **Opis zakładanych rezultatów[[4]](#footnote-4):**  **W tym:**  Liczba wspartych miejsc świadczenia usług społecznych[[5]](#footnote-5) istniejących po zakończeniu realizacji Grantu: | | | | | |
| 1. **WSKAŹNIKI PRODUKTU ORAZ SPOSÓB ICH POMIARU** | | | | | |
| **Uczestnicy projektu:**  **Planowana liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19**  **(koszt na 1 uczestnika nie może przekroczyć 5700 zł)** | | | |  | |
| W tym: liczba kobiet | | | |  | |
| W tym: liczba mężczyzn | | | |  | |
| 1. Planowana liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi (z podziałem na kobiety i mężczyzn): .................... 2. Planowana liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami wspierania rodziny i pieczy zastępczej (z podziałem na kobiety i mężczyzn): .................... 3. Planowana liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami asystenckimi i opiekuńczymi[[6]](#footnote-6) świadczonymi w społeczności lokalnej w Programie (z podziałem na kobiety i mężczyzn): ....................   Sposób pomiaru wskaźników (dokumenty będące w posiadaniu Grantobiorcy, potwierdzające, że dane osoby zostały objęte wsparciem): | | | | | |
| 1. **OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ:** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **HARMONOGRAM REALIZACJI GRANTU** | | | | | |
| Grant realizowany będzie od dnia .......................... do dnia ..................[[7]](#footnote-7) | | | | | |
| 1. **PLANOWANY SPOSÓB ZACHOWANIA TRWAŁOŚCI GRANTU PO ZAKOŃCZENIU JEGO REALIZACJI[[8]](#footnote-8)** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY GRANTU** | | | | | |
| **Kategoria kosztu** | **Liczba osób** | **Stawka jednostkowa** | **Liczba miesięcy** | | **Razem**  (kol. 2 x kol. 3 x kol. 4) |
| (1) | (2) | (3) | (4) | | (5) |
| **Nazwa działania: [[9]](#footnote-9)** | | | | | |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Nazwa działania:** | | | | | |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Nazwa działania:** | | | | | |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM:** | | | | |  |
| **ŁĄCZA KWOTA WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:[[10]](#footnote-10)** | | | | |  |
| **W tym: kwota dotacji bieżącej:** | | | | |  |
| **W tym: kwota dotacji inwestycyjnej:[[11]](#footnote-11)** | | | | |  |

### **Dział IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „Pomorskie dzieciom”, którego beneficjentem jest Województwo Pomorskie.
2. Oświadczam/-y, że gwarantuję/-my realizację działań zgodnie z założeniami wniosku o przyznanie grantu.
3. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie podlega 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.
5. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.
6. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłacaniem podatków.
7. Oświadczam/-y, że żadna z osób zarządzających reprezentowanym podmiotem nie była prawomocnie skazana za przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.
8. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy gotowy/-i do wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o udzielenie Grantu (o ile dotyczy).
9. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy uprawniony/-eni do reprezentowania Wnioskodawcy.

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

**Załączniki:**

* + - 1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiedniego wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny Wnioskodawcy (nie dotyczy jednostek samorządu terytorialnego).
      2. Pełnomocnictwo do reprezentowania Podmiotu – o ile dotyczy.
      3. Zarządzenie w sprawie wyznaczenia organizatora rodzinnej pieczy zastępczej – o ile dotyczy.
      4. Inne……………………………………………………………………………………………

1. Wnioskodawca może w ramach jednego wniosku zawnioskować o wsparcie dla kilku Grantobiorców. W takim przypadku dla każdego Grantobiorcy należy przygotować osobno Dział III wniosku. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić danymi wiersze w zakresie zadań właściwych Grantobiorcy [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy liczbę wierszy dostosować do liczby planowanych działań. Opis działań musi być powiązany z kosztami zaplanowanymi w zakresie rzeczowo-finansowym Grantu. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy opisać zakładaną zmianę – jak realizacja Grantu wpłynie na uczestników wsparcia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Sposób pomiaru wskaźnika rezultatu bezpośredniego „liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu” opisano w załączniku Nr 10 do Regulaminu [↑](#footnote-ref-5)
6. Wskaźnik dotyczy w szczególności hospicjów domowych dla dzieci [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy wskazać okres, za który ponoszone będą wydatki. [↑](#footnote-ref-7)
8. Okres trwałości musi być co najmniej równy okresowi realizacji Grantu. [↑](#footnote-ref-8)
9. Należy liczbę wierszy dostosować do liczby planowanych działań. [↑](#footnote-ref-9)
10. Kwota wnioskowanego wsparcia nie może być wyższa niż zaplanowane koszty ogółem. Koszt realizacji grantu na 1 uczestnika nie może przekroczyć 5700 zł. [↑](#footnote-ref-10)
11. Dot. zakupu środków trwałych, tj. sprzętu o wartości powyżej 10 000 zł netto. [↑](#footnote-ref-11)