Załącznik Nr 1

do Regulaminu udzielania grantów

w ramach projektu „Pomorskie S.O.S”

**WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU**

**na wsparcie pracowników domów pomocy społecznej / zakładów opiekuńczo-leczniczych / zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych / hospicjów w walce z epidemią COVID-19**

**w ramach projektu „Pomorskie S.O.S”**

|  |  |
| --- | --- |
| *Wypełnia realizator projektu: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego* | |
| 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. IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot: | |
|  | Jednostka samorządu terytorialnego |
|  | Organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna |
|  | Przedsiębiorca (osoba prawna, osoba fizyczna, jednostki organizacyjne bez osobowości prawnej, posiadające zdolność prawną) |
| prowadząca/-y lub tworząca/-y: | |
|  | Dom pomocy społecznej |
|  | Zakład Opiekuńczo-Leczniczy |
|  | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy |
|  | Hospicjum |

**III. GRANTOBIORCA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres podmiotu** | | | | | |
|  | | | | | |
| **NIP podmiotu** | | | |  | |
| **Liczba pracowników Grantobiorcy (osoby):**  **w tym wolontariusze (o ile dotyczy):** | | | |  | |
| **Liczba podopiecznych / pensjonariuszy / pacjentów** | | | |  | |
| **Rodzaj prowadzonej działalności:** | | | | | |
|  | | Dom pomocy społecznej | | | |
|  | | Zakład opiekuńczo-leczniczy | | | |
|  | | Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy | | | |
|  | | Hospicjum stacjonarne | | | |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ**   (należy opisać zakres planowanych do realizacji zadań oraz wykazać ich zgodność z Regulaminem udzielania grantów) | | | | | |
|  | | | | | |
| **W tym: ZAKŁADANE REZULTATY** (liczba pracowników objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn) | | | | | |
|  | | | | | |
| **3. OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ** | | | | | |
|  | | | | | |
| **4. TERMIN REALIZACJI** | | | | | |
|  | | | | | |
| **5. Plan finansowy** | | | | | |
| **LIMIT POMOCY**  liczba podopiecznych / pensjonariuszy / pacjentów x 1200 zł | | |  | | |
| **6. PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | | | | **WARTOŚĆ**  **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: USŁUGI ORAZ ZAKUP MATERIAŁÓW I WYPOSAŻENIA** | | | | | |
| 1. | Zakup usług w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 | | | |  |
| 2. | Zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników | | | |  |
| 3. | Zakup środków do dezynfekcji | | | |  |
| 4. | Zakup sprzętu o wartości jednostkowej do 10 000,00 zł | | | |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: ZAKUP ŚRODKÓW TRWAŁYCH (sprzęt o wartości jednostkowej powyżej 10 tys. zł)** | | | | | |
| 1. | Zakup sprzętu o wartości jednostkowej powyżej 10 000,00 zł | | | |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM:** | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZA KWOTA WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:** |  |
| **W tym środki trwałe:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Od podopiecznych / pensjonariuszy / pacjentów Grantobiorcy** | |
|  | są pobierane wynagrodzenia[[1]](#footnote-1) |
|  | nie są pobierane wynagrodzenia |

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „Pomorskie S.O.S”, którego beneficjentem jest Województwo Pomorskie.
2. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
3. 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.
4. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.
5. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłacaniem podatków.
6. 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.
7. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy gotowy/-i do wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o udzielenie Grantu (o ile dotyczy).
8. 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. Inne ……………………………………………………………………………………………

1. wynagrodzenia - rozumiane jako gospodarcze świadczenie wzajemne wobec świadczenia placówki.

   Złożenie oświadczenia o pobieraniu opłat od podopiecznych / pensjonariuszy / pacjentów skutkuje koniecznością dołączenia do wniosku analizy przesłanek wpływu uzyskanej pomocy na konkurencję i wymianę handlową. [↑](#footnote-ref-1)