Załącznik Nr 1

do Regulaminu udzielania grantów

w ramach projektu „Pomorskie pomaga”

**WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU**

**na wsparcie domów pomocy społecznej w walce z epidemią COVID-19**

**w ramach projektu „Pomorskie pomaga”**

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

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organu prowadzącego |  |
| NIP |  |
| KRS (o ile dotyczy) |  |
| **Siedziba:** |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| **Kontakt:** |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktów roboczych w sprawie Wniosku |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

**II. IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| Podmiot: |
|  | Jednostka samorządu terytorialnego, prowadząca dom pomocy społecznej |
|  | Organizacja pozarządowa / kościelna osoba prawna, prowadząca dom pomocy społecznej |
|  | Przedsiębiorca (osoba prawna), prowadząca dom pomocy społecznej |

**III. GRANTOBIORCA**

|  |
| --- |
| **Nazwa i adres domu pomocy społecznej (zgodnie z wpisem w rejestrze Wojewody Pomorskiego)** |
|  |
| **NIP podmiotu** |  |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU**
 |
|  |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ**

(należy opisać sposób realizacji działań, wskazać sposób osiągnięcia wskaźników produktu / usług oraz okres ich realizacji, wykazać zgodność działań z Regulaminem udzielania grantów oraz uzasadnić rzeczywiste potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji; **w przypadku, gdy dane działanie nie będzie realizowane należy wpisać „nie dotyczy”**) |
| **Działanie 1): Dodatki do wynagrodzeń dla pracowników DPS (bez lekarzy i pielęgniarek) wykonujących bezpośrednią pracę z mieszkańcami DPS** |
| **Sposób realizacji działań oraz ich zgodność z Procedurą udzielania grantów:****……………………………………………………………………………………………………………………****Sposób osiągnięcia wskaźników oraz okres ich realizacji:****.......................................................................................................................................****Uzasadnienie potrzeb Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji:****………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Działanie 2): Zapewnienie kosztów noclegów i wyżywienia dla pracowników DPS poza miejscem zamieszkania,** którym z uwagi na trwającą epidemię Covid-19 należy zapewnić noclegi poza miejscem zamieszkania. |
|  |
| **Działanie 3): Zapewnienie miejsc tymczasowych 14-dniowej kwarantanny mieszkańcom DPS (m.in. noclegi, wyżywienie i zapewnienie opieki nad osobami, które znajdować się będą w kwarantannie)** |
|  |
| **3. OPIS REZULTATU** |
|  |
| **4. WSKAŹNIKI ZAKŁADANYCH REZULTATÓW ORAZ SPOSÓB ICH POMIARU** |
| 1) liczba pracowników objętych wsparciem w ramach dodatków do wynagrodzeń (w podzielę na kobiety i mężczyzn) ………………………….2) liczba pracowników objętych wsparciem w ramach zapewnienia noclegów i wyżywienia (w podzielę na kobiety i mężczyzn) ………………………….3) liczba mieszkańców domu objętych wsparciem w ramach zapewniania miejsc kwarantanny (w podzielę na kobiety i mężczyzn) ………………………….Sposób pomiaru wskaźników: |
| **5. OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ:** |
|  |
| **6. HARMONOGRAM REALIZACJI GRANTU:[[1]](#footnote-1)**(dla każdego działania planowanego do realizacji należy wskazać max. 3 miesiące - okres kwalifikowalności wydatków w ramach działania, przypadający pomiędzy 1 maja a 30 listopada 2020; działania mogą być realizowane w różnych terminach) |
| ***Działanie 1): Dodatki do wynagrodzeń dla pracowników DPS (bez lekarzy i pielęgniarek) wykonujących bezpośrednią pracę z mieszkańcami DPS*** |
| **Termin realizacji działania:** |
| ***Działanie 2): Zapewnienie kosztów noclegów i wyżywienia dla pracowników DPS poza miejscem zamieszkania,*** którym z uwagi na trwającą epidemię Covid-19 należy zapewnić noclegi poza miejscem zamieszkania. |
| **Termin realizacji działania:** |
| ***Działanie 3): Zapewnienie miejsc tymczasowych 14-dniowej kwarantanny mieszkańcom DPS (m.in. noclegi, wyżywienie i zapewnienie opieki nad osobami, które znajdować się będą w kwarantannie)*** |
| **Termin realizacji działania:** |
| **7. INFORMACJE DOTYCZĄCE SPOSOBU SZACOWANIA GRANTU - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** |
| **1) KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatki do wynagrodzeń dla pracowników DPS (bez lekarzy i pielęgniarek) wykonujących bezpośrednią pracę z mieszkańcami DPS** |
| **Liczba etatów[[2]](#footnote-2)** | **Stawka jednostkowa** | **Liczba miesięcy** | **Razem**(kol. 1 x kol. 2 x kol. 3) |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
|  | 1450,00 zł |  |  |
| **2) KATEGORIA KOSZTÓW: Zapewnienie kosztów noclegów i wyżywienia dla pracowników DPS poza miejscem zamieszkania,** którym z uwagi na trwającą epidemię Covid-19 należy zapewnić noclegi poza miejscem zamieszkania. |
| **Liczba pracowników** | **Stawka jednostkowa** | **Liczba dni** | **Razem**(kol. 1 x kol. 2 x kol. 3) |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
|  | 125,00 zł |  |  |
| **3) KATEGORIA KOSZTÓW: Zapewnienie miejsc tymczasowych 14-dniowej kwarantanny mieszkańcom DPS** |
| **Liczba miejsc** | **Stawka jednostkowa** | **Liczba dni** | **Razem**(kol. 1 x kol. 2 x kol. 3) |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
|  | 250,00 zł |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM:** |  |

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

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję/-my uczestnictwo w projekcie „Pomorskie pomaga”, którego beneficjentem jest Województwo Pomorskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej UMWP
2. Oświadczam/-y, że gwarantuję/-y 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. Inne ……………………………………………………………………………………………
1. W przypadku wydłużenia terminu realizacji projektu „Pomorskie pomaga” harmonogram podlegać będzie aktualizacji. [↑](#footnote-ref-1)
2. *w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowy cywilno-prawne 1 „etat” = miesięczna norma czasu pracy przypadająca na dany miesiąc, czyli np. 0,25 „etatu” to 40 godzin zlecenia w miesiącu, gdy norma czasu pracy wynosi 160 h*  [↑](#footnote-ref-2)