Załącznik Nr 1

do Regulaminu udzielania grantów

w ramach projektu pn. Bezpieczna Przyszłość”

**WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU**

**w ramach projektu pn. „Bezpieczna Przyszłość”, współfinansowanego przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego
 Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.**

|  |
| --- |
| *Wypełnia realizator projektu: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach* |
| 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 prowadzący lub tworzący: |
|  | Jednostka samorządu terytorialnego |
|  | Organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna |

**III. GRANTOBIORCA**

|  |
| --- |
| **GRANTOBIORCA NR 1** |
| **Nazwa i adres podmiotu:** |
|  |
| **NIP podmiotu:** |  |
| **Liczba pracowników Grantobiorcy nr 1 (osoby):** |  |
| **Liczba podopiecznych / pensjonariuszy Grantobiorcy nr 1:**  |  |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 1**
 |
|  |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 1**

*(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)* |
|  |
| **W tym: WSKAŻNIKI ZAKŁADANYCH REZULTATÓW I SPOSÓB ICH POMIARU** *(należy podać liczbę pracowników oraz mieszkańców objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn)* |
|  |
| 1. **OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ GRANTOBIORCY nr 1**

*(należy podać miejscowość realizacji działań)* |
|  |
| 1. **TERMIN REALIZACJI GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 1**
 |
|  |
| 1. **Plan finansowy GRANTOBIORCY nr 1**
 |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | **WARTOŚĆ** **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa – osobomiesiąc(dane szacunkowe)** | **Łączna liczba etatów, na które przyznano dodatki do wynagrodzeń w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 1** |
| 1. |  | 1 450,00 zł  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** **Koszt zakupu oraz przeprowadzenia testów na COVID-19 dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa – sztuka (dane szacunkowe)**  | **Liczba pracowników, którzy zostaną poddani testom w okresie realizacji projektu**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 2** |
| 2. |  | 400,00 zł |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** **Koszt zakupu wyposażenia oraz środków ochrony indywidulanej** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Łączna kwota (dane szacunkowe)** | **-** | **Łącznie wysokość kosztu nr 3** |
| 3. |  |  | - |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc wytchnieniowych dla pracowników** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 4** |
| 4. |  | 125,00 zł |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc kwarantanny dla mieszkańców** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 5** |
| 5. |  | 250,00 zł |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi zmiany organizacji pracy dla pracowników** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Liczba osobodniw okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 6** |
| 6. |  | 171,19zł |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 1:** |  |

|  |
| --- |
| **GRANTOBIORCA NR 2[[1]](#footnote-1)** |
| **Nazwa i adres podmiotu:** |
|  |
| **NIP podmiotu:** |  |
| **Liczba pracowników Grantobiorcy nr 2 (osoby):** |  |
| **Liczba podopiecznych / pensjonariuszy Grantobiorcy nr 2:**  |  |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 2**
 |
|  |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 2**

*(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)* |
|  |
| **W tym: WSKAŻNIKI ZAKŁADANYCH REZULTATÓW I SPOSÓB ICH POMIARU** *(należy wskazać liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)* |
|  |
| 1. **OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ GRANTOBIORCY nr 2**
 |
|  |
| 1. **TERMIN REALIZACJI GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 2**
 |
|  |
|

|  |
| --- |
| 1. **Plan finansowy GRANTOBIORCY nr 2**
 |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | **WARTOŚĆ** **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa – osobomiesiąc(dane szacunkowe)** | **Łączna liczba etatów, na które przyznano dodatki do wynagrodzeń w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 1** |
| 1. |  | 1 450,00 zł  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** **Koszt zakupu oraz przeprowadzenia testów na COVID-19 dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa – sztuka (dane szacunkowe)**  | **Liczba pracowników, którzy zostaną poddani testom w okresie realizacji projektu**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 2** |
| 2. |  | 400,00 zł |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu wyposażenia oraz środków ochrony indywidulanej** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Łączna kwota (dane szacunkowe)** | **-** | **Łącznie wysokość kosztu nr 3** |
| 3. |  |  | - |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc wytchnieniowych dla pracowników** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 4** |
| 4. |  | 125,00 zł |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc kwarantanny dla mieszkańców** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 5** |
| 5. |  | 250,00 zł |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi zmiany organizacji pracy dla pracowników** |
|  | **Okres realizacji kosztu***od 01.06.2020 do 31.10.2020* | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Liczba osobodniw okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość kosztu nr 6** |
| 6. |  | 171,19zł |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:** |  |

 |

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. „Bezpieczna Przyszłość”, którego beneficjentem jest Województwo Świętokrzyskie.
2. Oświadczam/-y, że dołożę/-my wszelkich starań, aby zrealizowane w ramach grantu działania i poniesione wydatki były zgodnie z założeniami niniejszego wniosku.
3. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy gotowy/-i do wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o udzielenie Grantu (o ile dotyczy).
5. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy uprawniony/-eni do reprezentowania Wnioskodawcy.
6. Oświadczam/y, że realizując powyższy projekt mam/nie mam\* prawną/ej możliwość/i odzyskania poniesionego kosztu podatku od towarów i usług, którego wysokość została zawarta w budżecie Projektu.

\*niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| 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, gdy Wniosek obejmuje jednego Grantobiorcę, należy usunąć tabelę. W przypadku gdy podmiot wnioskujący jest organem tworzącym/prowadzącym dla większej liczby Grantobiorców – należy multiplikować tabelę. [↑](#footnote-ref-1)