Załącznik Nr 4

do Regulaminu udzielania grantów

w ramach projektu pn. „Bezpieczna Przyszłość”

**SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z ROZLICZENIA GRANTU**

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

**I. Podstawowe informacje dotyczące sprawozdania**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa Wnioskodawcy** |  |
| **2. Data zawarcia umowy i numer umowy**  |  |
| **3. Nazwa Grantobiorcy (podmiotu, który otrzymał wsparcie)** |  |
| **GRANTOBIORCA nr 1** |  |
| **GRANTOBIORCA nr 2** |  |
| **4. Osoba do kontaktów roboczych Wnioskodawcy** |  |
| **5. Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

**II. Opis podjętych działań I zrealizowanych wydatków - GRANTOBIORCA nr 1**

|  |
| --- |
|  **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** |
|  |
|  **2. Osiągnięte rezultaty (ilość pracowników objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn)** |
|  |

|  |
| --- |
| **ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | **WARTOŚĆ PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| WYDATEK NR  | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa – osobomiesiąc****(dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa – osobomiesiąc****(faktycznie poniesiona)** | **Łączna liczba etatów, na które przyznano dodatki do wynagrodzeń w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Łącznie faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 1 450,00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** **Koszt zakupu oraz przeprowadzenia testów na COVID-19 dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa – sztuka****(dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa – sztuka****(faktycznie poniesiona)** | **Liczba pracowników, którzy zostaną poddani testom w okresie realizacji projektu**  | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 400, 00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:** **Koszt zakupu wyposażenia oraz środków ochrony indywidulanej** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Łączna kwota****(dane szacunkowe)** | **Łączna kwota****(faktycznie poniesiona)** | **-** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc wytchnieniowych dla pracowników** |
| WYDATEK NR  | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (faktycznie poniesiona)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 125,00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc kwarantanny dla mieszkańców** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (faktycznie poniesiona)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 250,00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi zmiany organizacji pracy dla pracowników** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (faktycznie poniesiona)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 171,19 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 1:** |  |

|  |
| --- |
| **DOKUMENTY KSIĘGOWE POTWIERDZAJĄCE WYDATKI PONIESIONE W RAMACH GRANTU GRANTOBIORCY NR 1** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu oraz przeprowadzenia testów na COVID-19 dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu wyposażenia oraz środków ochrony indywidulanej** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc wytchnieniowych dla pracowników** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc kwarantanny dla mieszkańców** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi zmiany organizacji pracy dla pracowników** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **ŁĄCZNE WYDATKI GRANTOBIORCY NR 1:** |  |

**II. Opis podjętych działań I zrealizowanych wydatków - GRANTOBIORCA nr 2**

|  |
| --- |
|  **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** |
|  |
|  **2. Osiągnięte rezultaty (ilość pracowników objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn)** |
|  |

|  |
| --- |
| **ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | **WARTOŚĆ PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| WYDATEK NR  | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa – osobomiesiąc****(dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa – osobomiesiąc****(faktycznie poniesiona)** | **Łączna liczba etatów, na które przyznano dodatki do wynagrodzeń w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Łącznie faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 1 450,00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu oraz przeprowadzenia testów na COVID-19 dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa – sztuka****(dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa – sztuka****(faktycznie poniesiona)** | **Liczba pracowników, którzy zostaną poddani testom w okresie realizacji projektu**  | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 400, 00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu wyposażenia oraz środków ochrony indywidulanej** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Łączna kwota****(dane szacunkowe)** | **Łączna kwota****(faktycznie poniesiona)** | **-** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc wytchnieniowych dla pracowników** |
| WYDATEK NR  | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (faktycznie poniesiona)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 125,00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc kwarantanny dla mieszkańców** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (faktycznie poniesiona)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 250,00 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi zmiany organizacji pracy dla pracowników** |
| WYDATEK NR | **Okres realizacji wydatku** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (dane szacunkowe)** | **Kwota jednostkowa - osobodzień (faktycznie poniesiona)** | **Liczba osobodni w okresie realizacji projektu** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| 1. |  | 171,19 zł | zł |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:** |  |

|  |
| --- |
| **DOKUMENTY KSIĘGOWE POTWIERDZAJĄCE WYDATKI PONIESIONE W RAMACH GRANTU GRANTOBIORCY NR 2** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu oraz przeprowadzenia testów na COVID-19 dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt zakupu wyposażenia oraz środków ochrony indywidulanej** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc wytchnieniowych dla pracowników** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi miejsc kwarantanny dla mieszkańców** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Koszt usługi zmiany organizacji pracy dla pracowników** |
| **L.p** | **Rodzaj i numer dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu** | **Kwota** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |
| **ŁĄCZNE WYDATKI GRANTOBIORCY NR 2:** |  |

**Oświadczam(-y), że:**

1. poniesione wydatki dotyczyły wyłącznie wsparcia mieszkańców i pracowników Grantobiorcy w obszarze przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19
 oraz łagodzeniem skutków wynikających z sytuacji epidemicznej;
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.

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