Załącznik Nr 1

do Procedury udzielania Grantów w ramach projektu pn. „Pomagajmy Razem”

**WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU**

**w ramach projektu pn. „Pomagajmy Razem”, 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.**

|  |
| --- |
| *Wypełnia realizator projektu:* *Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko - Mazurskiego w Olsztynie* |
| Nr wniosku: |  |
| Data wpływu wniosku: |  |

1. **DANE WNIOSKODAWCY**

**(PROSZĘ NIE ZOSTAWIAĆ PUSTYCH PÓL WE WNIOSKU – WYPEŁNIĆ POPRZEZ WPISANIE „NIE DOTYCZY”)**

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

**II. IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| Podmiot (właściwe zaznaczyć) |
|  | jednostka samorządu terytorialnego |
|  | kościół katolicki, inny kościół związek wyznaniowy organizacja społeczna, fundacja, stowarzyszenie |
|  | inna osoba prawna |
|  | osoba fizyczna  |

**III. GRANTOBIORCA**

|  |
| --- |
| **GRANTOBIORCA** |
| **Nazwa i adres podmiotu (zgodnie z wpisem w rejestrze Wojewody Warmińsko-Mazurskiego):** |
|  |
| **NIP podmiotu:** |  |
| 1. **LICZBA PRACOWNIKÓW GRANTOBIORCY ZATRUDNIONYCH NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ SKŁADANIA WNIOSKU**
 |  |
| 1. **LICZBA PENSJONARIUSZY WEDŁUG STANU NA DZIEŃ SKŁADANIA WNIOSKU**
 |  |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ**
 |
|  |
| 1. **OPIS REALIZACJI DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ**

(należy:* opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów,
* uzasadnić potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji w związku z COVID-19,
* w przypadku, gdy dane działanie nie będzie realizowane należy wpisać „nie dotyczy”.

**TERMIN****REALIZACJI DZIAŁAŃ** (Dla każdego działania planowanego do realizacji należy wskazać maksymalnie 3 kolejno następujące po sobie miesiące w okresie kwalifikowalności, przypadającym pomiędzy 1.06.2020 r. – 30.11. 2020 r. Działania mogą być realizowane w różnych terminach. Za wyjątkiem działania dotyczącego zakupu środków ochrony indywidualnej – jeden miesiąc w okresie kwalifikowalności wydatków tj. od 1.06 - 30.11.2020 r.) |
| ***Działanie 1:* Dodatki do wynagrodzeń dla pracowników DPS** (**bez lekarzy i pielęgniarek) wykonujących bezpośrednią pracę z pensjonariuszami** |
| **Opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów****……………………………………………………………………………………………………………………****Uzasadnić potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji** **w związku z COVID-19,****………………………………………………………………………………………………………………………****Termin realizacji działań………………………………………** |
| ***Działanie 2:* Zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników DPS**  (1 zestaw na pracownika) w skład którego wchodzą m.in: rękawiczki jednorazowe, maseczki, kombinezon, płyn do dezynfekcji rąk). |
| **Opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów.** Proszę wskazać ilość i rodzaj asortymentu oraz jego cenę jednostkową.**……………………………………………………………………………………………………………………****Uzasadnić potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji** w związku z COVID-19,**………………………………………………………………………………………………………………………****Termin realizacji działań………………………………………** |
| ***Działanie 3:* Zakup wyposażenia do DPS (np. dekontaminator, ssak płucny i inne).**  |
| **Opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów.** Proszę wskazać ilość i rodzaj wyposażenia oraz jego cenę jednostkową.**……………………………………………………………………………………………………………………****Uzasadnić potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji** w związku z COVID-19,**………………………………………………………………………………………………………………………****Termin realizacji działań………………………………………** |
| ***Działanie 4:* Dofinansowanie noclegu oraz wyżywienia dla pracowników DPS poza miejscem zamieszkania, którzy nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów ze względu na zagrożenie COVID-19** |
| **Opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów****……………………………………………………………………………………………………………………****Uzasadnić potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji** w związku z COVID-19,**………………………………………………………………………………………………………………………****Termin realizacji działań………………………………………** |
| ***Działanie 5:* Koszty związane z zakupem i przeprowadzeniem testów na obecność koronawirusa dla pracowników DPS** |
| **Opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów****……………………………………………………………………………………………………………………****Uzasadnić rzeczywiste potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji** w związku z COVID-19,**………………………………………………………………………………………………………………………****Termin realizacji działań………………………………………** |
| ***Działanie 6:* Dofinansowanieorganizacji/dostosowania miejsc przeznaczonych na kwarantannę, tzw. miejsc przejściowych** |
| **Opisać sposób realizacji działań oraz wykazać ich zgodność z Procedurą udzielania grantów****……………………………………………………………………………………………………………………****Uzasadnić potrzeby Grantobiorcy w obszarze działań planowanych do realizacji w związku z COVID-19,****………………………………………………………………………………………………………………………****Termin realizacji działań………………………………………** |
| **4. OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ** |
| **Województwo warmińsko-mazurskie, powiat………………., gmina……………………** |
| **5. WSKAŹNIKI REZULTATÓW I SPOSÓB ICH POMIARU** *Należy określić planowane do osiągnięcia wskaźniki, lub wpisać „NIE DOTYCZY”, jeżeli któreś z Działań nie jest realizowane. Jako sposób pomiaru wskaźników nie należy wykazywać dokumentów finansowo-księgowych (faktury, listy płac)..* |
| **Wskaźnik rezultatu** | **Jednostka pomiaru (np. osoba, sztuka)** | **Wartość wskaźnika** | **Sposób pomiaru wskaźnika (np. protokół/sprawozdanie/ewidencja sprzętu)** |
| **Liczba osób, którym przyznano dodatki do wynagrodzeń** | **osoba** |  |  |
| **Liczba osób, dla których zostaną zakupione środki ochrony indywidualnej** | **osoba** |  |  |
| **Liczba pensjonariuszy, którzy skorzystali ze wsparcia w ramach zakupionego sprzętu do walki z COVID-19** | **osoba** |  |  |
| **Liczba osób, które skorzystały z noclegów dla pracowników DPS poza miejscem zamieszkania** | **osoba** |  |  |
| **Liczba utworzonych, tymczasowych miejsc na kwarantannę** | **sztuka** |  |  |
| **Liczba osób, które zostaną poddane badaniom na obecność koronawirusa** | **osoba** |  |  |
| **6. PLAN FINANSOWY GRANTOBIORCY**  |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE SPOSOBU SZACOWANIA GRANTU - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY**  |
| **RODZAJ KOSZTU** | **WARTOŚĆ** **PLN** |
| **1. KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatki do wynagrodzeń dla pracowników DPS (bez lekarzy i pielęgniarek)** |
| **liczba miesięcy** | **Kwota jednostkowa maksymalnie** 1 450 zł[[1]](#footnote-1) (wraz z pochodnymi na etat) | **Liczba etatów** | **Razem  (kol. 1x2x3)** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|  |  |  |  |
| **2.KATEGORIA KOSZTÓW: Zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników DPS (1 zestaw na pracownika) w skład którego wchodzą: rękawiczki jednorazowe, maseczki, kombinezon, płyn do dezynfekcji rąk)** |
| **okres realizacji (miesiąc)**  | **Kwota jednostkowa maksymalnie 1 428zł**[[2]](#footnote-2) **za 1 zestaw** | **Liczba pracowników dla których planuje się zakup środków ochrony indywidualnej** | **Razem (kol.1x 2x3)** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 1. |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| **3.KATEGORIA KOSZTÓW: Zakup wyposażenia do DPS (np. dekontaminator, ssak płucny i inne)** |
| ***X*** | ***Kwota wyposażenia maksymalnie***[[3]](#footnote-3) ***19 800 zł***[[4]](#footnote-4) ***na DPS*** | ***Rodzaj wyposażenia*** | ***Razem (kol. 2)*** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| *X* |  |  |  |
| **4. KATEGORIA KOSZTÓW: Koszty związane z zapewnieniem noclegów i wyżywienia dla pracowników DPS poza miejscem zamieszkania, którzy nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów ze względu na zagrożenie COVID-19** |
| ***liczba dni*** | ***Kwota jednostkowa noclegu wraz z wyżywieniem maksymalnie 175 zł***[[5]](#footnote-5) ***za dobę*** | ***Liczba pracowników*** | ***Razem  (kol. 1x2x3)*** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|  |  |  |  |
| **5. KATEGORIA KOSZTÓW: Koszty związane z zakupem i przeprowadzeniem testów na obecność koronawirusa dla pracowników DPS** |
| ***liczba miesięcy*** | ***Kwota jednostkowa maksymalnie 380 zł*** [[6]](#footnote-6) ***(1 test)*** | ***Liczba pracowników dla których planuje się zakup i przeprowadzenie testów*** | ***Razem (kol. 1x2x3)*** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|  |  |  |  |

**6. KATEGORIA KOSZTÓW: Koszty związane z dofinansowaniem organizacji/dostosowywania miejsc przeznaczonych na kwarantannę, tzw. miejsc przejściowych (miejsc odbycia 14-dniowej kwarantanny)** |
| ***liczba dni*** | ***Kwota jednostkowa, maksymalnie 250 zł***[[7]](#footnote-7) ***za dzień*** | ***Liczba miejsc kwarantanny, utworzonych na potrzeby pensjonariuszy DPS*** | ***Razem  (kol. 1x2x3)*** |
| *1.* | *2.* | *3* | *4* |
|  |  |  |  |
| ***KOSZTY OGÓŁEM***  |  |

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „Pomagajmy Razem”, którego beneficjentem jest Województwo Warmińsko-Mazurskie
2. Oświadczam/-y, iż 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
(o ile dotyczy).

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

**Załączniki**

1. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT.
2. Oświadczenie o niewykluczeniu z możliwości uzyskania grantu.
3. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiedniego wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny Wnioskodawcy (nie dotyczy jednostek samorządu terytorialnego).
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Podmiotu – o ile dotyczy.
5. Inne ……………………………………………………………………………………………
1. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Limit ulega zwiększeniu w przypadku przesunięcia środków z działania przesunięcia środków finansowych na etapie składania Wniosku z działania „Zakup środków ochrony indywidualnej” bądź działania „Zakup
i przeprowadzenie testów na obecność koronawirusa dla pracowników DPS zatrudnionych na podstawie umowy o pracę” na działanie „Zakup wyposażenia do DPS niezbędnego do walki z COVID-19”. [↑](#footnote-ref-3)
4. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-4)
5. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-5)
6. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-6)
7. Dane szacunkowe; wnioskodawca powinien wskazać kwotę, która ma swoje uzasadnienie w zakresie projektu. [↑](#footnote-ref-7)