



Załącznik Nr 1 do Zasad dodatkowego naboru wniosków
o powierzenie grantu w ramach projektu pn. „Lepsze jutro”

**WNIOSEK O POWIERZENIE GRANTU
w ramach projektu w trybie
nadzwyczajnym pn. „Lepsze jutro”
Działanie 2.8 „Rozwój usług
społecznych świadczonych
w środowisku lokalnym” PO WER**

Potwierdzenie złożenia

Numer wniosku

Wypełnia pracownik ROPS

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY /ORGANU PROWADZĄCEGO

Nazwa Wnioskodawcy / organu prowadzącego			
Dane osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy wobec organu administracji publicznej			
Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji			
Regon			
Numer NIP			
Adres Wnioskodawcy	Województwo	Powiat	Gmina
	Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Telefon	E-mail	

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE GRANTOBIORCY (DPS)

Nazwa Grantobiorcy	
Dane osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Grantobiorcy	
Numer wpisu do rejestru Domów Pomocy Społecznej prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego	



Regon			
Numer NIP			
Adres Grantobiorcy	<i>Województwo</i>	<i>Powiat</i>	<i>Gmina</i>
	<i>Kod pocztowy</i>	<i>Poczta</i>	<i>Miejscowość</i>
	<i>Ulica</i>	<i>Nr domu</i>	<i>Nr lokalu</i>
	<i>Telefon</i>	<i>E-mail</i>	
<i>Liczba miejsc w DPS</i>			
<i>Liczba mieszkańców (stan na 30.09.2020r.)</i>			
<i>Liczba osób bezpośrednio pracujących z osobami objętymi opieką przez placówkę (bez personelu administracyjnego oraz medycznego)</i>			

3. DANE OSOBY/OSÓB DO BIEŻĄCYCH KONTAKTÓW W SPRAWACH ZWIĄZANYCH Z WNIOSEM			
Imię i nazwisko:			
Telefon		E-mail	

4. Nazwa banku oraz numer konta bankowego	
--	--

5. DANE DOTYCZĄCE REALIZACJI GRANTU				
Termin realizacji grantu	Data rozpoczęcia		Data zakończenia	
Wnioskowana kwota grantu (w zł)				
Tytuł wniosku				

6. FORMY WSPARCIA PLANOWANE DO REALIZACJI:				
Środki ochrony indywidualnej dla, pracowników instytucji, personelu medycznego, pensjonariuszy i ich opiekunów.	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Zakup i przeprowadzenie testów na COVID-19.	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>



7. Uzasadnienie do wybranych form wsparcia (należy uzasadnić ilość planowanych do zakupu środków ochrony osobistej oraz ilość testów w odniesieniu do liczby mieszkańców DPS oraz liczby pracowników).

8. HARMONOGRAM REALIZACJI GRANTU

Nazwa formy wsparcia	Planowany termin realizacji formy wsparcia

9. ZESTAWIENIE RZECZOWO-FINANSOWE GRANTU

Lp.	Wyszczególnienie wydatku	Jedn. miary	Ilość	Cena jednostkowa (w zł)	Ogółem kwota
I. Środki ochrony indywidualnej dla, pracowników instytucji, personelu medycznego, pensjonariuszy i ich opiekunów.					
I.1	Wydatek 1				
I.2	Wydatek 2				
I.3	Wydatek 3 ...				
Suma					
II. Zakup i przeprowadzenie testów na COVID-19.					
II.1	Wydatek 1				
II.2	Wydatek 2				
II.3	Wydatek 3 ...				
Suma					
Suma wszystkich wydatków realizacji projektu grantowego:					
W przypadku, gdy do realizacji nie wybrano danej formy wsparcia w polach zestawienia rzeczowo-finansowego grantu należy wpisać 0,00.					



10. OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- a) Zapoznałem się z Zasadami dodatkowego naboru wniosków o powierzenie grantu ramach projektu „Lepsze jutro” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i akceptuję ich zasady.
- b) Wszystkie podane w niniejszym wniosku informacje są prawdziwe i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- c) Nie podlegam wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- d) Wydatki ponoszone w ramach grantu nie będą podlegały finansowaniu z innych środków publicznych.
- e) Oświadczam, iż otrzymane wsparcie w zakresie środków ochrony indywidualnej oraz sprzętu i wyposażenia placówki z innych projektów w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego jest niewystarczające, a wsparcie otrzymane w ramach wniosku o powierzenie grantu jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pensjonariuszom i pracownikom DPS.

Zobowiązuję się do:

- a) Poddania się monitoringowi i kontroli przeprowadzanej przez Grantodawcę lub inne uprawnione podmioty wszystkich elementów związanych z realizacją grantu.
- b) Prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej umożliwiającej identyfikację wszystkich zdarzeń związanych z realizacją grantu
- c) Stosowania obowiązującej Księgi Wizualizacji znaku PO WER.
- d) Niezwłocznego informowania Grantodawcy o zmianach danych mogących mieć wpływ na przyznanie i wypłatę grantu.

.....
Podpis osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o powierzenie grantu

Oświadczenie o kwalifikowalności VAT * jeśli dotyczy

Ja (my), niżej podpisany (-i)

Reprezentujący:

(Nazwa organu prowadzącego, a w przypadku udzielonego pełnomocnictwa/upoważnienia Nazwa organu prowadzącego – DPS ...)

oświadczam (-y), że podmiot, który reprezentuję (-my) realizując powyższy wniosek o powierzenie grantu nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT, którego wysokość została określona w budżecie wniosku.

Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach grantu części lub całości poniesionego podatku VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku.

Zobowiązuje się również do udostępniania dokumentacji finansowo-księgowej oraz udzielania uprawnionym organom kontrolnym informacji umożliwiających weryfikację kwalifikowalności podatku od towarów i usług.

.....
Podpis osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o powierzenie grantu