Załącznik Nr 1 do Regulaminu udzielania grantów

w ramach projektu pn. „Wsparcie działań związanych z przeciwdziałaniem skutkom rozprzestrzeniania się pandemii COVID- 19 w domach pomocy społecznej”

# WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU

**w ramach projektu pn.** „**Wsparcie działań związanych z przeciwdziałaniem skutkom**

## rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 w domach pomocy społecznej”, 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 w Lublinie*  |
| Nr wniosku  |   |
| Data wpływu wniosku  |   |
| Godzina wpływu Wniosku  |   |

# 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  |   |

# IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
| Podmiot prowadzący lub tworzący:  |
|   | Jednostka samorządu terytorialnego |
|   | Organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna |

# 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**  |
|  |
| **2. 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)*  |
|  |
| **3. OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ GRANTOBIORCY nr 1**  |
|  |
| **4. TERMIN REALIZACJI GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 1**  |
|  |
| **5. PLAN FINANSOWY GRANTOBIORCY nr 1**  |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY**  |
| **LP.**  | **RODZAJ KOSZTU**  | **WARTOŚĆ PLN**  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Doposażenie stanowisk pracy w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w sprzęt niezbędny do walki z epidemią(obejmuje okres 01.07 –** **30.09.2020 r.)**  |
|   | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące od….do……* | **Kwota jednostko wa\***  | **Wartość podatku** **VAT\*\***  | **Rodzaj sprzętu planowanego do zakupu**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 1**  |
| 1.  |   |   |   |   |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie w formie dodatków dla pracowników mających bezpośredni kontakt z mieszkańcami DPS, z wyłączeniem pracowników** **medycznych(obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|   | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące* *(90 dni)* *Od……..do………* | **Kwota jednostkow a brutto \***  | **Wartość podatku** **VAT\*\***  | **Liczba pracowników, którym planuje się** **przyznać dodatki do wynagrodzeń**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 2**  |
| 2.  |   | 1 450,00 zł  |   |   |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Zatrudnienie nowych osób do świadczenia usług w DPS, np. opiekunów, opiekuna medycznego, pokojowej(obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|   | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące* *(92 dni)* *Od…..do…..* | **Kwota jednostkow a brutto\***  | **Wartość podatku** **VAT\*\***  | **Planowana liczba zatrudnionych osób**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 3**  |
| 3.  |   | 3500,00 zł  |   | Stanowisko….  |  |
| Stanowisko….  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Przygotowanie tymczasowych miejsc na odbywania kwarantanny w DPS (obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|  | **Okres realizacji kosztu *max. 3 miesiące (90 dni)*** ***Od……..do………***  | **Kwota jednostkow a brutto\***  | **Wartość podatku VAT\*\***  | **Planowana liczba miejsc kwarantan ny, utworzonych na potrzeby DPS**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 4**  |
| **4.**  |  | **250,00 zł**  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Przygotowanie miejsc noclegowych i wyżywienia dla osób realizujących usługi, które nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów (obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|  | **Okres realizacji kosztu *max. 3 miesiące (90 dni)*** ***Od……..do………***  | **Kwota jednostkow a brutto\***  | **Wartość podatku VAT\*\***  | **Planowana liczba miejsc noclegowych wraz z wyżywieniem**  | **Łącznie wysokość kosztu** **nr 5**  |
| **5.**  |  | **175,00 zł**  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Planowane do zakupu środki trwałe, „jeśli dotyczy”**  |  |
|  | **Okres realizacji kosztu *max. 3 miesiące (90 dni)*** ***Od……..do………***  | **Kwota jednostkow a brutto\***  | **Wartość podatku VAT\*\***  | **Rodzaj sprzętu planowanego do zakupu**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 6**  |
| **6.**  |  |  |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 1:**  |  |

**\*** należy wpisać:

− kwotę brutto w przypadku, gdy wnioskodawca nie może odzyskać kosztu podatku od towarów i usług, − kwotę netto w przypadku, gdy wnioskodawca może odzyskać koszt podatku od towarów i usług.

**\*\*** należy wpisać kwotę VAT jedynie w przypadku, gdy VAT jest kosztem kwalifikowalnym. W pozostałych przypadkach należy wpisać 0,00.

|  |
| --- |
| **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**  |
|  |
| **2. 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)*  |
|  |

|  |
| --- |
| **3. OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ GRANTOBIORCY nr 2**  |
|  |
| **4. TERMIN REALIZACJI GRANTU PRZEZ GRANTOBIORCĘ nr 2**  |
|  |
| **5. PLAN FINANSOWY GRANTOBIORCY nr 2**  |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY**  |
| **LP.**  | **RODZAJ KOSZTU**  | **WARTOŚĆ PLN**  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Doposażenie stanowisk pracy w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w sprzęt niezbędny do walki z epidemią(obejmuje okres 01.07 –** **30.09.2020 r.)**  |
|   | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące od….do……* | **Kwota jednostkowa brutto\***  | **Wartość podatku** **VAT\*\***  | **Rodzaj sprzętu planowanego do zakupu**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 1**  |
| 1.  |   |   |   |   |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Dodatkowe wynagrodzenie w formie dodatków dla pracowników mających bezpośredni kontakt z mieszkańcami DPS, z wyłączeniem pracowników** **medycznych(obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|   | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące* *(90 dni)* *Od……..do………* | **Kwota jednostkowa brutto\***  | **Wartość podatku** **VAT\*\***  | **Liczba pracowników, którym planuje się** **przyznać dodatki do wynagrodzeń**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 2**  |
| 2.  |   | 1 450,00 zł  |   |   |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Zatrudnienie nowych osób do świadczenia usług w DPS, np. opiekunów, opiekuna medycznego, pokojowej(obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|   | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące* *(92 dni)* *Od…..do…..* | **Kwota jednostkowa brutto\***  | **Wartość podatku** **VAT\*\***  | **Planowana liczba zatrudnionych osób**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 3**  |
| 3.  |   | 3500,00 zł  |   | Stanowisko….  |  |
| Stanowisko….  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Przygotowanie tymczasowych miejsc na odbywania kwarantanny w DPS (obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|  | **Okres realizacji kosztu *max. 3 miesiące (90 dni)*** ***Od……..do………***  | **Kwota jednostkowa brutto\***  | **Wartość podatku VAT\*\***  | **Planowana liczba miejsc kwarantanny, utworzonych na potrzeby DPS**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 4**  |
| **4.**  |  | **250,00 zł**  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Przygotowanie miejsc noclegowych i wyżywienia dla osób realizujących usługi, które nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów (obejmuje okres 01.07 – 30.09.2020 r.)**  |
|  | **Okres realizacji kosztu *max. 3 miesiące (90 dni)*** ***Od……..do………***  | **Kwota jednostkowa brutto\***  | **Wartość podatku VAT\*\***  | **Planowana liczba miejsc noclegowych wraz z wyżywieniem**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 5**  |
| **5.**  |  | **175,00 zł**  |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Planowane do zakupu środki trwałe, „jeśli dotyczy”**  |
|  | **Okres realizacji kosztu *max. 3 miesiące (90 dni)*** ***Od……..do………***  | **Kwota jednostkowa brutto\***  | **Wartość podatku VAT\*\***  | **Rodzaj sprzętu planowanego do zakupu**  | **Łącznie wysokość kosztu nr 6**  |
| **6.**  |  |  |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:**  |  |

**\*** należy wpisać:

− kwotę brutto w przypadku, gdy wnioskodawca nie może odzyskać kosztu podatku od towarów i usług, − kwotę netto w przypadku, gdy wnioskodawca może odzyskać koszt podatku od towarów i usług.

**\*\*** należy wpisać kwotę VAT jedynie w przypadku, gdy VAT jest kosztem kwalifikowalnym. W pozostałych przypadkach należy wpisać 0,00.

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZNA KWOTA WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:**  |  |

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie pn.: „Wsparcie działań związanych z przeciwdziałaniem skutkom rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 w domach pomocy społecznej”, którego beneficjentem jest Województwo Lubelskie.
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. Wpis do rejestru Domów Pomocy Społecznej prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego (kopia potwierdzona za zgodność oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu zgodnie z KRS bądź innym rejestrem
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)