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 do osoby sporządzającej wniosek |  |
| 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 –**  **30.11.2020 r.)** | | | | | | |
|  | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące od….do……* | **Kwota jednostkowa\*** | **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 – 30.11.2020 r.)** | | | | | | |
|  | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące*  *(90 dni)*  *Od……..do………* | **Kwota jednostkowa brutto \*** |  | **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 – 30.11.2020 r.)** | | | | | | |
|  | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące*  *(92 dni)*  *Od…..do…..* | **Kwota jednostkowa brutto\*** |  | **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 – 30.11.2020 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 – 30.11.2020 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 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 –**  **30.11.2020 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 – 30.11.2020 r.)** | | | | | |
|  | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące*  *(90 dni)*  *Od……..do………* | **Kwota jednostkowa brutto\*** |  | **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 – 30.11.2020 r.)** | | | | | |
|  | **Okres realizacji kosztu** *max. 3 miesiące*  *(92 dni)*  *Od…..do…..* | **Kwota jednostkowa brutto\*** |  | **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 – 30.11.2020 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 – 30.11.2020 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)