**Załączniki NR 9** 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 przyznanie grantu na środki ochrony indywidualnej

Nr wniosku: ………………………………. Data złożenia wniosku: ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Wnioskodawcy** | |
| NIP: |  |
| Nazwa wnioskodawcy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Województwo |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba do reprezentacji** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Funkcja osoby do reprezentacji, tel. kontaktowy, e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wydzielony do realizacji wniosku grantowego rachunek bankowy Wnioskodawcy** | |
| Nr konta |  |
| Nazwa Banku |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowana łączna wartość grantu** |  |

# IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY

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

**GRANTOBIORCA/CY**

|  |  |
| --- | --- |
| **GRANTOBIORCA NR 1** | |
| **Nazwa i adres podmiotu:** | |
|  | |
| **NIP podmiotu:** |  |
| **Liczba pracowników Grantobiorcy nr 1 (ilość osób):** |  |
| **Liczba podopiecznych / pensjonariuszy Grantobiorcy nr 1:** |  |
| **Osoba do kontaktu: imię i nazwisko, bezpośredni nr tel.**  **adres e-mail** |  |
| 1. **OPIS CELU I DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ NR 1**   *(należy opisać cel na jaki przeznaczone są środki, opisać zakres planowanych do realizacji działań, wykazać ich zgodność z Regulaminem udzielania grantów, określić harmonogram planowanych działań i termin realizacji grantu)* | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wydzielony do realizacji wniosku grantowego rachunek bankowy Grantobiorcy nr 1** | |
| Nr konta |  |
| Nazwa Banku |  |

**PLAN FINANSOWY GRANTOBIORCY nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Zakup środków ochrony osobistej** | | | | | |
| **l.p.** | **Nazwa asortymentu planowanego do zakupu** | **Ilość sztuk** | **Szacunkowa cena jednostkowa** | **Szacunkowa łączna cena brutto** | **Wartość podatku VAT** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GRANTOBIORCA NR 2** | |
| **Nazwa i adres podmiotu:** | |
|  | |
| **NIP podmiotu:** |  |
| **Liczba pracowników Grantobiorcy nr 2 (ilość osób):** |  |
| **Liczba podopiecznych / pensjonariuszy Grantobiorcy nr 2:** |  |
| **Osoba do kontaktu: imię i nazwisko, bezpośredni nr tel.**  **adres e-mail** |  |
| 1. **OPIS CELU I DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ GRANTOBIORCĘ NR 2**   *(należy opisać cel na jaki przeznaczone są środki, opisać zakres planowanych do realizacji działań, wykazać ich zgodność z Regulaminem udzielania grantów, określić harmonogram planowanych działań i termin realizacji grantu)* | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wydzielony do realizacji wniosku grantowego rachunek bankowy Grantobiorcy nr 2** | |
| Nr konta |  |
| Nazwa Banku |  |

**PLAN FINANSOWY GRANTOBIORCY nr 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: Zakup środków ochrony osobistej** | | | | | |
| **l.p.** | **Nazwa asortymentu planowanego do zakupu** | **Ilość sztuk** | **Szacunkowa cena jednostkowa** | **Szacunkowa łączna cena brutto** | **Wartość podatku VAT** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |  |

**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

**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]](#footnote-1)**

……………………………………… …………………………………………………….

Miejscowość i data Podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania świadczeniodawcy

1. Nie dotyczy Wnioskodawców ubiegających się o Grant w I lub IV turze. [↑](#footnote-ref-1)