Załącznik Nr 1

do Regulaminu udzielania grantów

w ramach projektu „EGIDA”

**WNIOSEK O POWIERZENIE GRANTU**

**w ramach projektu „EGIDA”**

|  |  |
| --- | --- |
| *Wypełnia Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Zielonej Górze* | |
| Nr wniosku |  |
| Data wpływu wniosku |  |
| Godzina wpływu wniosku |  |

**1. DANE GRANTOBIORCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Podmiot:*** np. jednostka samorządu terytorialnego, organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna, przedsiębiorca (osoba prawna, osoba fizyczna, jednostka organizacyjna bez osobowości prawnej, posiadająca zdolność prawną ) | |
| Nazwa |  |
| NIP |  |
| KRS |  |
| ***Siedziba:*** | |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| ***Kontakt do osoby upoważnionej:*** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Tel. Kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| ***Dane o Grantobiorcy:*** | |
| Liczba pracowników (etaty) |  |
| Liczba miejsc w placówce \* |  |

*\* dotyczy domów pomocy społecznej*

1. **OPIS ZADAŃ**

|  |
| --- |
| ***Cel, na jaki planowane jest wykorzystanie grantu:*** |
|  |
| ***Opis zadań oraz zakładane rezultaty:*** |
|  |
| ***Harmonogram:*** |
|  |
| ***Termin realizacji:*** |
|  |

1. **BUDŻET PROJEKTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztu** | **Wartość w zł** |
| **Kategoria kosztów: Usługi oraz zakup materiałów i wyposażenia w związku z przeciwdziałaniem COVID - 19** | | |
| 1. | Zakup środków ochrony osobistej (wymienić jakie) |  |
| 2. | Zakup testów |  |
| 3. | Zakup sprzętu do wyposażenia i obsługi izolatek |  |
| 4. | Zakup innego sprzętu i materiałów przewidzianych do zapobiegania zakażeniu COVID-19 |  |
| 5. | Zakup żywności |  |
| 6. | Zapewnienie dodatków do wynagrodzeń dla pracowników |  |
| 7. | Zatrudnienie nowych osób do świadczenia usług około medycznych |  |
| 8. | Zakup usług (wymienić jakie) |  |
| 9. | Zakup sprzętu o wartości jednostkowej do 10 000,00 zł |  |
| 10. | Inne działania dostosowane do indywidualnych potrzeb instytucji (wymienić jakie) |  |
| **Koszty ogółem:** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Od podopiecznych / pensjonariuszy / pacjentów Grantobiorcy (zaznaczyć x prawidłową odpowiedź)** | |
| są pobierane opłaty\* |  |
| nie są pobierane opłaty |  |

**\*** opłaty - rozumiane jako gospodarcze świadczenie wzajemne wobec świadczenia placówki.

Złożenie oświadczenia o pobieraniu opłat od podopiecznych / pensjonariuszy / pacjentów skutkuje koniecznością dołączenia do wniosku analizy przesłanek wpływu uzyskanej pomocy na konkurencję   
i wymianę handlową.

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacja o posiadanym majątku Grantobiorcy \*** | |
| Nieruchomości (wpisać nr księgi wieczystej) |  |
| Ruchomości powyżej 5 tys. zł |  |
| Inne |  |

\*wypełnia organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna, przedsiębiorca (osoba prawna, osoba fizyczna, jednostka organizacyjna bez osobowości prawnej, posiadające zdolność prawną)

**Oświadczenia Grantobiorcy :**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „EGIDA”, którego beneficjentem jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Zielonej Górze.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie podlega wykluczeniu z ubiegania się   
   o dofinansowanie na podstawie art. 207 ust. 4 ustawy z 21.06.2013 r. o finansach publicznych,   
   z zastrzeżeniem art. 207 ust. 7 tej Ustawy.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłacaniem podatków.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że żadna z osób zarządzających reprezentowanym podmiotem nie była prawomocnie skazana za przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy gotowy/-i do wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o udzielenie Grantu (o ile dotyczy).

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy uprawniony/-eni do złożenia wniosku.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

1. Oświadczam/-y, że wydatki wykazane we wniosku w okresie realizacji grantu nie będą finansowane z innych źródeł.

……………………………………………

*Data, podpis, pieczęć osoby uprawnionej*

Data wypełnienia wniosku:

Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu:

**Załączniki do wniosku:**

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiedniego wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny Wnioskodawcy (nie dotyczy jednostek samorządu terytorialnego).
2. Pełnomocnictwo/Upoważnienie do reprezentowania Podmiotu (do złożenia wniosku, podpisania umowy, rozliczenia grantu) – o ile dotyczy.
3. Inne ……………………………………………………………………………………………