Załącznik Nr 1

do Procedury udzielania grantów

w ramach projektu pn. „Łódzkie pomaga”

**WNIOSEK O UDZIELENIE GRANTU**

**w ramach projektu pn. „Łódzkie pomaga”, 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.**

**II edycja grantów**

|  |  |
| --- | --- |
| *Wypełnia Realizator projektu: Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi* | |
| Nr wniosku |  |
| Data wpływu wniosku |  |

**I. 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 |  |

**II. IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot prowadzący lub tworzący *(zaznaczyć właściwe)*: | |
|  | Jednostka samorządu terytorialnego |
|  | Organizacja pozarządowa, kościelna osoba prawna, inna osoba prawna, osoba fizyczna |

**III. DPS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DPS NR 1** | |
| **Nazwa i adres podmiotu** (*zgodnie z wpisem w rejestrze Wojewody Łódzkiego):* | |
|  | |
| **Liczba pracowników DPS:** |  |
| **Liczba miejsc dla pensjonariuszy w DPS** *(zgodnie z decyzją Wojewody Łódzkiego)***:** |  |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU PRZEZ DPS nr 1** *(np. łagodzenie skutków pandemii COVID-19 oraz przeciwdziałanie jej negatywnym konsekwencjom...)* | |
|  | |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ DPS nr 1** 2. *Uzasadnienie planowanego wsparcia –* ***należy uzasadnić ilość planowanych do zakupu sprzętów/wyposażenia, środków ochrony indywidualnej i testów na COVID-19, w odniesieniu do liczby miejsc dla pensjonariuszy w DPS oraz liczby pracowników****, zgodnie z zapisami Rozdz. VIII Procedury...);* 3. *należy opisać rezultaty planowane do osiągnięcia w ramach realizacji grantu (np. poprawa zabezpieczenia zdrowia i życia pensjonariuszy i personelu DPS... przed skutkami pandemii COVID-19...);* | |
|  | |
| 1. **OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ DPS nr 1** *(np. województwo łódzkie)* | |
|  | |
| 1. **TERMIN REALIZACJI GRANTU PRZEZ DPS nr 1 (harmonogram)** *(np. 01.01-31.03.2021 r.)* | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Plan finansowy DPS nr 1** | | | |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | | **WARTOŚĆ**  **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:**  **KOSZTY ZWIĄZANE Z ZAKUPEM SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA, ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ, TESTÓW NA COVID-19** | | | |
| 1. | **Podkategoria** | **Planowana kwota** | |
| **1.Zakup sprzętu i wyposażenia**  (cena jednostkowa – do 10.000,00 zł) |  | |
| **2. Zakup środków ochrony indywidualnej**  (cena jednostkowa pakietu – do 1.890,00 zł/pracownik/m-c, czyli maksymalnie 5.670,00 zł na pracownika) |  | |
| **3. Zakup testów na COVID-19**  (cena jednostkowa – do 400,00 zł) |  | |
| **KOSZTY OGÓŁEM DPS nr 1:** | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPS NR 2** | | | | |
| **Nazwa i adres podmiotu** *(zgodnie z wpisem w rejestrze wojewody łódzkiego):* | | | | |
|  | | | | |
| **Liczba pracowników DPS:** | | |  | |
| **Liczba miejsc dla pensjonariuszy w DPS** *(zgodnie z decyzją Wojewody Łódzkiego)***:** | | |  | |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU PRZEZ DPS nr 2** *(np. łagodzenie skutków pandemii COVID-19 oraz przeciwdziałanie jej negatywnym konsekwencjom...)* | | | | |
|  | | | | |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ WSKAZANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ DPS nr 2**    1. *Uzasadnienie planowanego wsparcia –* ***należy uzasadnić ilość planowanych do zakupu sprzętów/wyposażenia, środków ochrony indywidualnej i testów na COVID-19, w odniesieniu do liczby miejsc dla pensjonariuszy w DPS oraz liczby pracowników****, zgodnie z zapisami Rozdz. VIII Procedury...);*    2. *należy opisać rezultaty planowane do osiągnięcia w ramach realizacji grantu (np. poprawa zabezpieczenia zdrowia i życia pensjonariuszy i personelu DPS... przed skutkami pandemii COVID-19...);* | | | | |
|  | | | | |
| 1. **OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ DPS nr 2** *(np. województwo łódzkie)* | | | | |
|  | | | | |
| 1. **TERMIN REALIZACJI GRANTU PRZEZ DPS nr 2 (harmonogram)** *(np. 01.01-31.03.2021 r.)* | | | | |
|  | | | | |
| 1. **Plan finansowy DPS nr 2** | | | | |
| **PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | | | **WARTOŚĆ**  **PLN** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW:**  **KOSZTY ZWIĄZANE Z ZAKUPEM SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA, ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ, TESTÓW NA COVID-19** | | | | |
| 1. |  | **Planowana kwota** | | |
| **Podkategoria 1:**  **Zakup sprzętu i wyposażenia**  (cena jednostkowa – do 10.000,00 zł) |  | | |
| **Podkategoria 2:**  **Zakup środków ochrony indywidualnej**  (cena jednostkowa pakietu – do 1.890,00 zł/pracownik/m-c, czyli maksymalnie 5.670,00 zł na pracownika) |  | | |
| **Podkategoria 3:**  **Zakup testów na COVID-19**  (cena jednostkowa – do 400,00 zł) |  | | |
| **KOSZTY OGÓŁEM DPS nr 2:** | | | |  |

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

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. „Łódzkie pomaga”, którego beneficjentem jest Województwo Łódzkie/Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
2. Oświadczam/-y, że dołożę/-my wszelkich starań, aby zrealizowane w ramach grantu działania i poniesione wydatki były zgodne 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.

|  |
| --- |
| Data wypełnienia wniosku: |
| Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu |

**Załączniki:**

1. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT.
2. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu.
3. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiedniego wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny Wnioskodawcy (nie dotyczy jednostek samorządu terytorialnego).
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Podmiotu – o ile dotyczy.
5. Inne ……………………………………………………………………………………………