Załącznik Nr 4

do Regulaminu określającego

procedury dotyczące realizacji

projektu grantowego w ramach

projektu „Społeczne remedium”

**SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z ROZLICZENIA GRANTU NR 1**

**w ramach projektu pn. „Społeczne remedium”,   
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,   
Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.**

**I. Podstawowe informacje dotyczące sprawozdania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Nazwa Podmiotu prowadzącego / Grantobiorcy** |  | | | |
| **2. Data zawarcia umowy i numer umowy** |  | | | |
| **3. Osoba do kontaktów roboczych z Wnioskodawcą** |  | | | |
| **4. Nazwa Grantobiorcy (podmiotu, który otrzymał wsparcie)[[1]](#footnote-1)** | | | | |
| **4.1 Grantobiorca nr 1** |  | | | |
| **Osoba do kontaktów roboczych z Wnioskodawcą** |  | | | |
| **Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |
| **4.2 Grantobiorca nr 2** |  | | | |
| **Osoba do kontaktów roboczych z Wnioskodawcą** |  | | | |
| **Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.3 Grantobiorca nr 3** |  | | | |
| **Osoba do kontaktów roboczych z Wnioskodawcą** |  | | | |
| **Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.4 Grantobiorca nr 4** |  | | | |
| **Osoba do kontaktów roboczych z Wnioskodawcą** |  | | | |
| **Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.5 Grantobiorca nr 5** |  | | | |
| **Osoba do kontaktów roboczych z Wnioskodawcą** |  | | | |
| **Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

**II. Opis podjętych i zrealizowanych zadań[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 1. GRANTOBIORCA nr 1  *(nazwa i adres)*** | | | | |
|  | | | | |
| **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** | | | | |
|  | | | | |
| **2. Osiągnięte rezultaty**  **(należy wskazać liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)** | | | | |
|  | **kobiet** | **mężczyzn** | **razem** | **Sposób pomiaru wskaźnika** |
| **Liczba pracowników, którym wypłacono dodatki finansowe** |  |  |  |  |
| **liczba pracowników, u których przeprowadzono testy na obecność COVID-19** |  |  |  |  |
| **liczba pracowników, którzy otrzymali środki ochrony osobistej** |  |  |  |  |
| **liczba pracowników korzystających z miejsc noclegowych i wyżywienia** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSIĄGNIĘTE REZULTATY - ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ WYDATKU** | | | **WARTOŚĆ PLN** | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | **liczba osób w przeliczeniu na pełny etat** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 450,00 |  |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | **Liczba wykonanych testów** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 400,00 |  |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | **liczba osób otrzymujących środki ochrony osobistej** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 690,00 |  |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS. | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | **liczba noclegów z wyżywieniem** | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 175,00 |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 1:** | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 2. GRANTOBIORCA nr 2  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **2. Osiągnięte rezultaty**  **(należy wskazać liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)** | | | | | | | | | |
|  | | | **kobiet** | | **mężczyzn** | **razem** | **Sposób pomiaru wskaźnika** | | |
| **Liczba pracowników, którym wypłacono dodatki finansowe** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, u których przeprowadzono testy na obecność COVID-19** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, którzy otrzymali środki ochrony osobistej** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników korzystających z miejsc noclegowych i wyżywienia** | | |  | |  |  |  | | |
| **OSIĄGNIĘTE REZULTATY - ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ WYDATKU** | | | | | | | **WARTOŚĆ PLN** | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób w przeliczeniu na pełny etat** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 450,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **Liczba wykonanych testów** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 400,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób otrzymujących środki ochrony osobistej** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 690,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba noclegów z wyżywieniem** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 175,00 | |  | | | |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:** | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 3. GRANTOBIORCA nr 3  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **2. Osiągnięte rezultaty**  **(należy wskazać liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)** | | | | | | | | | |
|  | | | **kobiet** | | **mężczyzn** | **razem** | **Sposób pomiaru wskaźnika** | | |
| **Liczba pracowników, którym wypłacono dodatki finansowe** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, u których przeprowadzono testy na obecność COVID-19** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, którzy otrzymali środki ochrony osobistej** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników korzystających z miejsc noclegowych i wyżywienia** | | |  | |  |  |  | | |
| **OSIĄGNIĘTE REZULTATY - ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ WYDATKU** | | | | | | | **WARTOŚĆ PLN** | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób w przeliczeniu na pełny etat** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 450,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **Liczba wykonanych testów** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 400,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób otrzymujących środki ochrony osobistej** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 690,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba noclegów z wyżywieniem** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 175,00 | |  | | | |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:** | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 4. GRANTOBIORCA nr 4  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **2. Osiągnięte rezultaty**  **(należy wskazać liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)** | | | | | | | | | |
|  | | | **kobiet** | | **mężczyzn** | **razem** | **Sposób pomiaru wskaźnika** | | |
| **Liczba pracowników, którym wypłacono dodatki finansowe** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, u których przeprowadzono testy na obecność COVID-19** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, którzy otrzymali środki ochrony osobistej** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników korzystających z miejsc noclegowych i wyżywienia** | | |  | |  |  |  | | |
| **OSIĄGNIĘTE REZULTATY - ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ WYDATKU** | | | | | | | **WARTOŚĆ PLN** | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób w przeliczeniu na pełny etat** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 450,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **Liczba wykonanych testów** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 400,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób otrzymujących środki ochrony osobistej** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 690,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba noclegów z wyżywieniem** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 175,00 | |  | | | |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:** | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 5. GRANTOBIORCA nr 5  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **1. Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **2. Osiągnięte rezultaty**  **(należy wskazać liczbę osób objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn oraz wskazać sposób pomiaru rezultatów)** | | | | | | | | | |
|  | | | **kobiet** | | **mężczyzn** | **razem** | **Sposób pomiaru wskaźnika** | | |
| **Liczba pracowników, którym wypłacono dodatki finansowe** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, u których przeprowadzono testy na obecność COVID-19** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników, którzy otrzymali środki ochrony osobistej** | | |  | |  |  |  | | |
| **liczba pracowników korzystających z miejsc noclegowych i wyżywienia** | | |  | |  |  |  | | |
| **OSIĄGNIĘTE REZULTATY – ZREALIZOWANY ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** | | | | | | | | | |
| **LP.** | **RODZAJ WYDATKU** | | | | | | | **WARTOŚĆ PLN** | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób w przeliczeniu na pełny etat** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 450,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **Liczba wykonanych testów** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 400,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba osób otrzymujących środki ochrony osobistej** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 1 690,00 | |  | | | |  |  |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | |
| **Okres realizacji wydatku** | | **Kwota jednostkowa** | | **liczba noclegów z wyżywieniem** | | | | **Łącznie wysokość wydatku zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
|  | | 175,00 | |  | | | |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM GRANTOBIORCY nr 2:** | | | | | | | |  |  |

**III. Zestawienie dokumentów potwierdzających poniesione wydatki objęte Wnioskiem[[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. 1. GRANTOBIORCA nr 1  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa i numer dokumentu** | **Numer księgowy lub ewidencyjny** | **NIP / PESEL**  **wystawcy dokumentu** | **Data wystawienia dokumentu** | **Data zapłaty** | **Nazwa towaru lub usługi** | **Kwota brutto** | **Kwota netto** | **Kwota wydatków kwalifikowalnych** | **W tym VAT** |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 1:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS. | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 2:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS. | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 3:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS. | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 4:** | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. 2. GRANTOBIORCA nr 2  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Numer dokumentu** | **Numer księgowy lub ewidencyjny** | **NIP wystawcy dokumentu** | **Data wystawienia dokumentu** | **Data zapłaty** | **Nazwa towaru lub usługi** | **Kwota brutto** | **Kwota netto** | **Kwota wydatków kwalifikowalnych** | **W tym VAT** |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 1:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 2:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 3:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 4:** | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. 3. GRANTOBIORCA nr 3  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Numer dokumentu** | **Numer księgowy lub ewidencyjny** | **NIP wystawcy dokumentu** | **Data wystawienia dokumentu** | **Data zapłaty** | **Nazwa towaru lub usługi** | **Kwota brutto** | **Kwota netto** | **Kwota wydatków kwalifikowalnych** | **W tym VAT** |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 1:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 2:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 3:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 4:** | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. 4. GRANTOBIORCA nr 4  *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Numer dokumentu** | **Numer księgowy lub ewidencyjny** | **NIP wystawcy dokumentu** | **Data wystawienia dokumentu** | **Data zapłaty** | **Nazwa towaru lub usługi** | **Kwota brutto** | **Kwota netto** | **Kwota wydatków kwalifikowalnych** | **W tym VAT** |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 1:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 2:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 3:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 4:** | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. 5. GRANTOBIORCA nr 5 *(nazwa i adres)*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Numer dokumentu** | **Numer księgowy lub ewidencyjny** | **NIP wystawcy dokumentu** | **Data wystawienia dokumentu** | **Data zapłaty** | **Nazwa towaru lub usługi** | **Kwota brutto** | **Kwota netto** | **Kwota wydatków kwalifikowalnych** | **W tym VAT** |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Przyznanie dodatków finansowych dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS. | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 1:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup i przeprowadzenie testów genetycznych na obecność wirusa COVID-19 dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 2:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** Zakup środków ochrony osobistej dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 3:** | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **KATEGORIA WYDATKÓW:** zmiana organizacji pracy w placówkach dofinansowanie noclegów i wyżywienia dla pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami DPS (z wyłączeniem kadry medycznej tj. lekarzy i pielęgniarek). | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota w kategorii wydatków Nr 4:** | | | | | | | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poniesione wydatki ogółem** |  |

**Oświadczam(-y), że:**

1. poniesione wydatki dotyczyły wyłącznie wsparcia pracowników Grantobiorcy/ów w obszarze przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19   
   oraz łagodzeniem skutków wynikających z pandemii;
2. wszystkie podane w sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. wszystkie wydatki finansowane w ramach projektu nie podlegają i nie podlegały finansowaniu z innych środków publicznych.

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

1. Na etapie sporządzania sprawozdania zbędny podpunkt zostanie usunięty [↑](#footnote-ref-1)
2. Na etapie sporządzania sprawozdania zbędny podpunkt zostanie usunięty [↑](#footnote-ref-2)
3. Na etapie sporządzania sprawozdania zbędny podpunkt zostanie usunięty [↑](#footnote-ref-3)