WNIOSEK

O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA UZALEZNIENIOM BEHAWIORALNYM ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH POZOSTAJĄCYCH W DYSPOZYCJI MINISTRA ZDROWIA

składany na podstawie art. 88 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (t.j. Dz. U.
z 2022 r., poz. 888 z późn. zm.) oraz § 5 i § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 r.
w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2029) w związku z art. 2 w związku z art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1608, z późn. zm.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresat wniosku**  | **Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom**  |
| **Termin składania wniosków** [[1]](#footnote-1) |  08.11.2022 r. |
| **Numer archiwizacyjny wniosku** 1 | 22 |
| **Data wpływu wniosku** 1 |  |
| **Numer i nazwa zadania Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025**  |  |
| **Numer i nazwa zadania** **Konkursowego** |  |
| **Nazwa i adres wnioskodawcy/ wnioskodawców** |  |
| **Nazwa własna projektu** |  |
| **Termin realizacji projektu** |  |
| **Całkowity koszt projektu** | Rok 2023 |  | Rok 2024 |  |
| Łącznie: |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania**  | Rok 2023 |  | Rok 2024 |  |
| Łącznie: |

Pieczęć wnioskodawcy/ wnioskodawców Miejscowość, data

CZĘŚĆ I – DANE NA TEMAT WNIOSKODAWCY[[2]](#footnote-2)

**1. PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
|  |

**2. FORMA PRAWNA**

|  |
| --- |
|  |

**3. ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO** (zaznaczyć właściwe)

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |

#### 4. NUMER WPISU W KRAJOWYM REJESTRZE SĄDOWYM LUB INNYM REJESTRZE

|  |
| --- |
|  |

#### 5. DATA WPISU, REJESTRACJI LUB UTWORZENIA

|  |
| --- |
|  |

#### 6. NR NIP (zgodnie z formatem XXX XXX XX XX)

|  |
| --- |
|  |

#### 7. NR REGON

|  |
| --- |
|  |

#### 8. DANE ADRESOWE SIEDZIBY WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................Gmina..................................... powiat............................................województwo...............................................Telefon/Fax:................................................................... e-mail.........................................................................http://............................................................................. |

#### 8a. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ[[3]](#footnote-3)

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................Gmina..................................... powiat............................................województwo...............................................Telefon/Fax:................................................................... e-mail.........................................................................http://............................................................................. |

**9. ADRES DO KORESPONDENCJI**

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................Gmina..................................... powiat............................................województwo...............................................Telefon/Fax:................................................................... e-mail......................................................................... |

**10. NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

***Uwaga!*** *Należy podać numer rachunku bieżącego* *wg. formatu NRB XX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX. Zgodnie z § 13. rozporządzenia Ministra Zdrowia[[4]](#footnote-4), wnioskodawcy, którym zostaną przyznane środki na dofinansowanie realizacji zadania, zobowiązani będą do założenia wyodrębnionego rachunku bankowego, przeznaczonego wyłącznie do rozliczeń związanych z przyznaną dotacją. Podanie numeru wyodrębnionego rachunku wnioskodawcy będzie wymagane na etapie przedkładania kosztorysu, o którym mowa w pkt 46 Szczegółowych Warunków Konkursu.*

|  |
| --- |
|  |

**11. OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY, SKŁADANIA OSWIADCZEŃ WOLI I ZACIĄGANIA W JEGO IMIENIU ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH ZGODNIE Z WPISEM W ODPOWIEDNIM REJESTRZE**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja...........................................................................................................................................................Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja........................................................................................................................................................... |

**12. OSOBY UPOWAŻNIONE DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH WNIOSKU**

|  |
| --- |
| **1) KOORDYNATOR MERYTORYCZNY**Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja...........................................................................................................................................................Numer telefonu...................................... e-mail.............................................................................................**2) KOORDYNATOR FINANSOWY**Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja...........................................................................................................................................................Numer telefonu...................................... e-mail.............................................................................................. |

#### 13. ZAKRES DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
|  |

#### 14. PRZEDMIOT DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ II** - **SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZACE PROGRAMU MERYTORYCZNEGO**

**1. NUMER I NAZWA ZADANIA KONKURSOWEGO**

|  |
| --- |
|   |

**2. NAZWA WŁASNA PROJEKTU**

|  |
| --- |
|   |

**3. TERMIN REALIZACJI PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Termin rozpoczęcia realizacji nie może być planowany przed* ***2.01.2023 roku****.*

|  |
| --- |
|  |

**4. ZASIĘG PROJEKTU**

 **ogólnopolski ponadwojewódzki wojewódzki lokalny**

**5. MIEJSCE WYKONYWANIA PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Należy szczegółowo określić miejsce/miejsca, gdzie będzie realizowane zadanie (rodzaj placówki, liczba placówek, adresy wraz ze wskazaniem województwa, wszelkie inne informacje identyfikujące miejsce realizacji). W przypadku planowanych konferencji/ szkoleń należy podać propozycję miejsc w których zostaną one przeprowadzone.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa placówki** | **Rodzaj placówki** | **Adres placówki** | **Miejscowość** | **Województwo** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

***UWAGA!*** *W ramce poniżej należy wskazać miejsce wykonywania projektu w przypadku braku możliwości wypełnienia powyższej tabeli (ze względu na rodzaj zadania).*

|  |
| --- |
|  |

**6. KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Należy przedstawić streszczenie projektu. Opis powinien zawierać wszystkie ważne informacje na temat projektu, m.in. informację o celu, odbiorcach, działaniach i przewidywanych rezultatach.* ***Opis powinien być zwięzły i nie powinien przekraczać 1/2 strony.***

|  |
| --- |
|  |

1. **UZASADNIENIE POTRZEBY REALIZACJI PROJEKTU – OKREŚLENIE PROBLEMU**

***UWAGA!*** *Należy opisać problem, którego dotyczy realizacja projektu oraz potrzeby, które wskazują na konieczność jego realizacji. Uzasadnienie powinno zostać poparte najnowszymi dostępnymi i adekwatnymi do problemu badaniami oraz własnym doświadczeniem w przypadku realizacji w latach poprzednich projektów o podobnym charakterze.* ***Opis powinien być zwięzły, nie przekraczać 1,5 strony wniosku.***

|  |
| --- |
|  |

1. **GRUPA DOCELOWA PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Grupa docelowa powinna być adekwatna do projektu i opisu zadania konkursowego. Należy rzetelnie oszacować jej liczebność oraz wskazać szczegółowe informacje na temat sposobu rekrutacji i kryteriów udziału w projekcie. Stwierdzenie nieadekwatności grupy docelowej do opisu zadania konkursowego skutkować będzie odrzuceniem wniosku, jako niespełniającego warunków realizacji zadania. Proszę wypełnić tylko te pola, które dotyczą zadania. W tych, które są nieadekwatne proszę wpisać – nie dotyczy lub postawić myślnik*

|  |
| --- |
| **Charakterystyka odbiorców w podziale na grupy wiekowe** |
| **Grupa wiekowa** | **Liczba odbiorców 2023** | **Liczba odbiorców 2024** |
| **Osoby poniżej 18 roku życia** |  |  |
| **Osoby od 19 do 34 roku życia** |  |  |
| **Osoby powyżej 34 roku życia** |  |  |
| **Liczba odbiorców łącznie:**  |  |  |

|  |
| --- |
| **Charakterystyka grupy docelowej projektu** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Populacja ogólna** | **Osoby zagrożone uzależnieniem behawioralnym** | **Problemowi użytkownicy** | **Osoby uzależnione behawioralnie** | **Osoby uzależnione behawioralnieu których stwierdzono współwystępujące zaburzenia** | **Łączna liczba odbiorców** **w 2023** | **Łączna liczba odbiorców w 2024** |
| **Hazard** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nowoczesne technologie (internet, komputer, itp.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Praca** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zakupy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inne, podać jakie ………** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodziny i bliscy (jako adresaci bezpośredni zadania lub bliscy uczestników projektu)** |  |  |
| **Studenci kierunków mających zastosowanie w ochronie zdrowia, określić jakie: ……………………………………………………………………………………………………..** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedstawiciele grup zawodowych:**  |  |  |
| * **Terapeuci leczenia uzależnień**
 |  |  |
| * **Lekarze**
 |  |  |
| * **Profilaktycy**
 |  |  |
| * **Pracownicy systemu oświaty**
 |  |  |
| * **Inne, podać jakie …………………………..**
 |  |  |
| **Łączna liczba odbiorców:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uzasadnienie liczebności planowanej grupy odbiorców** |  |
| **Sposób rekrutacji***Należy szczegółowo opisać w jaki sposób wnioskodawca planuje pozyskać potencjalnych odbiorców/ respondentów projektu, jakie działania zostaną podjęte oraz w jakich lokalizacjach.* |  |
| **Kryteria udziału***Należy szczegółowo określić kryteria, które muszą spełnić potencjalni odbiorcy/ respondenci/ grupy, aby zakwalifikować się do uczestnictwa w projekcie. W niezbędnych przypadkach należy także określić kryteria wykluczające. W przypadku planowanej diagnozy należy wskazać jakie, zwalidowane narzędzia, będą wykorzystywane do zakwalifikowania uczestników do projektu.* |  |

**9. MATERIAŁY INFORMACYJNO-EDUKACYJNE/ PUBLIKACJE/ PROMOCJA**

***UWAGA!*** *Należy wypełnić w przypadku planowania publikacji lub zaplanowania w projekcie wydania materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz podejmowania innych działań mających na celu promocję projektu (ulotki, publikacje, plakaty, itp.). Wnioskowanie o dofinansowanie wydania materiałów nieopisanych w poniższej tabeli* ***skutkować może nieprzyjęciem pozycji do realizacji****. Jeśli nie są planowane publikacje materiałów proszę wpisać – nie dotyczy*

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj planowanych do wydania materiałów** |  |
| **Planowany nakład materiałów** |  |
|  **Parametry techniczne**(format, liczba stron, gramatura papieru)  |  |
| **Sposób dystrybucji materiałów**  |  |

**10. ZAKŁADANE CELE PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Cele planowanego zadania powinny być adekwatne do opisu problemu określonego w uzasadnieniu potrzeby realizacji projektu oraz grupy docelowej, a także adekwatne do celów zadania konkursowego. Powinny być także mierzalne i możliwe do osiągnięcia w przewidzianym czasie. Cele określone w szczegółowych warunkach konkursu są celami ogólnymi, sformułowanymi w odniesieniu do zadania konkursowego. Od wnioskodawcy wymaga się doprecyzowania i określenia celów ogólnych i szczegółowych w odniesieniu do przedkładanego projektu.*

|  |
| --- |
|   |

**11. OPIS SPOSOBU REALIZACJI I ZAŁOŻEŃ PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **A. Opis sposobu realizacji projektu** *Należy opisać sposób realizacji projektu, w tym przedstawić szczegółowo jego koncepcję, np. konspekt programu szkoleniowego, programu profilaktycznego itp.* *lub podać inne adekwatne informacje biorąc pod uwagę specyfikę projektu.* |
|  |
| **B. Zasadność teoretyczna i empiryczna przyjętych założeń projektu.***Założenia projektu powinny opierać się na teoriach naukowych/ wynikach badań/ wynikach ewaluacji innych programów adekwatnych do przedmiotu zadania.* |
|  |

**12. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Zaplanowane działania powinny być adekwatne do założeń teoretycznych i empirycznych projektu, opisu zadania konkursowego, a także do celu projektu oraz grupy docelowej. Działania powinny być także adekwatne do kosztorysu projektu oraz szczegółowo opisane w poniższej tabeli. W przypadku braku uzasadnienia lub braku opisu działania, może ono nie zostać przyjęte do realizacji. Dofinansowanie nie będzie udzielane na działania określone w pkt 18 i 20 Szczegółowych Warunków Konkursu.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer działania**  | **Nazwa działania** | **Opis działania wraz z uzasadnieniem potrzeby jego realizacji**  | **Liczebność oraz rodzaj grupy odbiorców działania** | **Liczba jednostek zaplanowanych do realizacji wraz ze wskazaniem sposobu wyliczenia (określenie częstotliwości, intensywności prowadzonych działań, liczby edycji, itp.).** |
| **Działania Merytoryczne** |
| 1M |  |  |  |  |
| 2M |  |  |  |  |
| 3M |  |  |  |  |
| **Działania Administracyjne** |
| 1A |  |  |  |  |
| 2A |  |  |  |  |
| 3A |  |  |  |  |
| **Koszty Rzeczowe** |
| 1R |  |  |  |  |
| 2R |  |  |  |  |
| 3R |  |  |  |  |

**13. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Harmonogram powinien być adekwatny do zaplanowanych działań oraz opisany w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem terminów ich realizacji. W przypadku składania wniosku na realizację zadań wieloletnich należy przedstawić harmonogram działań w rozbiciu na poszczególne lata realizacji.* ***UWAGA!*** *Termin rozpoczęcia realizacji nie może być planowany przed* ***2.01.2023 roku****.*

|  |
| --- |
| **Zadanie realizowane w okresie od ………...……… do ……………...……** |
| **Poszczególne działania w zakresie****realizowanego projektu** *(spójne z preliminarzem całkowitych kosztów realizacji zadania – część III wniosku, tabela 2, wg. schematu: nazwa zadania, częstotliwość* *i intensywność działania)* | **Szczegółowe terminy realizacji****poszczególnych działań** | **Imię i nazwisko realizatora wraz z liczbą godzin, które będzie wykonywał w projekcie.**  |
| **Merytoryczne** |
| **1M.** |  |  |  |
| **2M.** |  |  |  |
| **Administracyjne** |
| **1A.** |  |  |  |
| **2A.** |  |  |  |
| **Rzeczowe** |
| **1R.** |  |  |  |
| **2R.** |  |  |  |

**14. SPODZIEWANE REZULTATY WYNIKAJACE Z REALIZACJI PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Należy określić wskaźniki liczbowe dotyczące realizacji działań/projektu oraz opisać stopień wpływu projektu na ograniczenie zidentyfikowanego problemu.*

|  |
| --- |
|  |

**15. EWALUACJA PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Od wnioskodawcy oczekuje się przedstawienia planu ewaluacji adekwatnego do projektu, przy czym minimalnym oczekiwaniem jest zaplanowanie ewaluacji procesu, rozumianej jako forma oceny podejmowanych działań. W opisie planowanej ewaluacji procesu lub wyników należy uwzględnić: cele ewaluacji, opis grupy docelowej, sposób rekrutacji/kryteria kwalifikujące do udziału osób w badaniu ewaluacyjnym, sposób zbierania i analizy danych, forma w jakiej zostaną przedstawione wyniki.*

***Ewaluacja procesu*** *ma na celu ocenę stopnia realizacji projektu/programu, wykonania zadań we zgodny z planem sposób, frekwencji na zajęciach, dokumentowanie zaistniałych trudności i sposobów ich rozwiązania oraz zebranie opinii uczestników na temat ich udziału w programie.*

***Ewaluacja wyników*** *ma na celu ocenę stopnia osiągnięcia celów programu oraz ocenę bezpośrednich lub odroczonych wyników programu.*

*Wskazane jest dołączenie do wniosku narzędzi ewaluacyjnych. Spotkania zespołów, prowadzenie dokumentacji pacjentów, listy obecności oraz ocena realizatorów nie będą traktowane jako ewaluacja.*

|  |
| --- |
|  |

16. PARTNERZY BIORĄCY UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

***UWAGA!*** *W przypadku podejmowania działań wspólnych, należy określić zakres działań podejmowanych przez każdego z partnerów. W przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/ partnerstwo) wymagane jest złożenie dokumentów formalnych zgodnie z pkt. 31 ppkt 2) Szczegółowych Warunków Konkursu.*

|  |
| --- |
|  |

**17. EWENTUALNI PODWYKONAWCY PROJEKTU WRAZ ZE WSKAZANIEM PODZLECANYCH DZIAŁAŃ**

***UWAGA!*** *Wyłonienie podwykonawców niezbędnych do prawidłowej realizacji zadania musi uwzględniać przepisy powszechnie obowiązującego prawa w zakresie ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm.) i ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 1634, z późn.zm.)*

|  |
| --- |
|  |

**18. INNE INFORMACJE**

***UWAGA!*** *Należy podać inne ważne informacje istotne z punktu widzenia realizowanego projektu, nieujęte we wniosku.*

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ III – KALKULACJA kosztów realizacji ZADANIA**

1. **PRZEWIDYWANE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA ZADANIA**

***UWAGA!*** *Należy określić poszczególne źródła finansowania projektu wraz ze wskazaniem procentowego udziału środków w realizowanym zadaniu. Wnioskodawcy składający projekt przewidziany do realizacji wyłącznie na 1 rok wypełniają tylko część dotyczącą 2023 roku*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2023** | **2024** | **Ogółem** |
| **Kwota w zł.** | **%** | **Kwota w zł.** | **%** | **Kwota w zł.** | **%** |
| **1.** | **Wnioskowana kwota dotacji** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Środki finansowe własne**  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Środki finansowe z innych źródeł ogółem (suma poz. 3.1. – 3.2.)** |  |  |  |  |  |  |
|  | **3.1. Środki finansowe z innych źródeł** **publicznych** w szczególności z: * dotacji z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego,
* funduszy celowych,
* funduszy strukturalnych,
* Narodowego Funduszu Zdrowia
 |  |  |  |  |  |  |
| **3.2. Wpłaty i opłaty adresatów zadania** |  |  |  |  |  |  |
| **3.3. Pozostałe, wskazać jakie:**  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków)** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM:**  | **zł** | **100%** | **zł** | **100%** | **zł** | **100%** |

1. **KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA**

***Uwaga!*** *Koszt każdego zaplanowanego do realizacji działania powinien zostać uwzględniony w poniższej tabeli i mieć odzwierciedlenie w opisie działań planowanych do realizacji w ramach projektu w części II, pkt 12 wniosku. Ocena kalkulacji kosztów obejmować będzie: poprawność rachunkową kosztorysu, szczegółowość kalkulacji kosztów, wysokość udziału kosztów administracyjnych i rzeczowych w projekcie, zgodność stawek planowanych działań z taryfikatorem oraz ich realność, zasadność jak również ekonomiczność kosztów do ich zakresu oraz liczby odbiorców.*

***Kategorie poszczególnych wydatków:***

* *koszty merytoryczne: wszystkie koszty związane z bezpośrednią realizacją zadania, np. wynajem sal, koszty transportu realizatorów, druk materiałów konferencyjnych, ewaluacja, promocja projektu;*
* *koszty administracyjne: koszty związane z obsługą programu, np. koordynacja merytoryczna, koordynacja finansowa;*
* *koszty rzeczowe: materiały biurowe oraz wyodrębnione składowe kosztów eksploatacyjnych (telefon, czynsz itp.).*

 *Podane w taryfikatorze stawki godzinowe zawierają wyłącznie składki społeczne, płacone przez pracownika oraz zawierają zaliczkę na podatek dochodowy i kwotę składki zdrowotnej. Wnioskodawca może ubiegać się o dofinansowanie obowiązkowych składek społecznych ZUS oraz składek na Fundusz Pracy, powinny one jednak stanowić* ***odrębną pozycję*** *w sporządzanych kosztorysach, w odniesieniu* ***do działania objętego składkami wraz ze szczegółowym sposobem ich wyliczenia w odniesieniu do poszczególnych realizatorów objętych składkami.***

***Uwaga! W przypadku ubiegania się o realizację projektu kilkuletniego należy przedstawić kosztorys obejmujący całość projektu oraz w rozbiciu na poszczególne lata realizacji!! Przedłożenie kosztorysu obejmującego wyłącznie całość projektu (bez rozbicia na poszczególne lata) skutkować będzie odrzuceniem wniosku!***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania wraz ze sposobem kalkulacji (częstotliwość, liczba)** | **Ilość****jednostek** | **Rodzaj miary** | **Koszt jedn.** | **Koszt całkowity w zł.** | **Koszt wnioskowany do dofinansowania w zł.** | **Finansowe środki własne i z innych źródeł, w tym wpłaty i opłaty adresatów zadania**  | **Wkład osobowy,****w tym praca społeczna członków i świadczeń wolontariuszy** |
| **M** | **MERYTORYCZNE** | **...................zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1M.** |   |  |  |  |  |  |  |  |
| **2M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A** | **ADMINISTRACYJNE** | **................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **R** | **RZECZOWE** | **................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1R.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2R.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3R.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |  |  |  |

**3. EWENTUALNE DODATKOWE UWAGI DO KOSZTORYSU**

***UWAGA!*** *Należy podać dodatkowe informacje nieujęte w kosztorysie, istotne dla jego oceny. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są podać informację o wysokości współfinansowania realizacji zadania przez każdego wnioskodawcę*

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ IV – MOŻLIWOŚCI REALIZACJI PROJEKTU W ODNIESIENIU DO POSIADANYCH ZASOBÓW**

1. **OPIS ZASOBÓW RZECZOWYCH WNIOSKODAWCY, KTÓRE ZOSTANĄ WYKORZYSTANE PRZY REALIZACJI PROJEKTU [[5]](#footnote-5)**

***UWAGA!*** *Należy szczegółowo określić zasoby rzeczowe wnioskodawcy przewidywane do wykorzystania przy realizacji projektu, w tym lokal, sprzęt, materiały itp. W przypadku zaplanowania realizacji projektu poza siedzibą Wnioskodawcy wymaga się opisu lokalizacji, w której będzie on prowadzony.*

|  |
| --- |
|  |

**2. OPIS ZASOBÓW KADROWYCH WNIOSKODAWCY, KTÓRE ZOSTANĄ WYKORZYSTANE PRZY REALIZACJI PROJEKTU[[6]](#footnote-6)
*UWAGA!*** *Należy wskazać wszystkich realizatorów, których wynagrodzenia będą pokrywane w ramach projektu, niezależnie od źródła ich finansowania. Ocenie podlegać będzie spójność i szczegółowość przedstawionego wykazu z planowanymi działaniami i kalkulacją kosztów.*

*W przypadku ubiegania się o dofinansowanie realizacji działań w formie etatu lub jego części należy szczegółowo wskazać rodzaj i zakres godzinowy w odniesieniu do każdego działania.*

*Brak wskazania realizatora działania wymienionego w kosztorysie może skutkować nieprzyjęciem tego działania do realizacji, a w konsekwencji oddaleniem wniosku.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię nazwisko** | **Wykształcenie**(wyższe-kierunek/ w trakcie studiów-kierunek/ średnie) | **Informacje dotyczące kwalifikacji realizatora zapewniających prawidłowe wykonanie zadania,(z uwzględnieniem szkoleń w zakresie uzależnień behawioralnych)**(szkolenia wraz z podaniem nazw, organizatorów oraz daty ukończenia, certyfikaty, itp.) | **Forma współpracyw projekcie.** (etat, umowa zlecenie, umowa o dzieło) |
| 1. |  |  |  | **Forma współpracy:** ............................ |
| 2. |  |  |  | **Forma współpracy:** ............................ |
| 3. |  |  |  | **Forma współpracy:**............................ |

**3. OPIS DOŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY/ REALIZATORÓW W REALIZACJI DZIAŁAŃ PODOBNEGO TYPU**

***UWAGA!*** *Należy podać informację, czy wnioskodawca posiada doświadczenie w zakresie wykonywania projektów o podobnym charakterze, w tym dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. W przypadku braku doświadczenia wnioskodawcy, wymagane jest wskazanie doświadczenia poszczególnych realizatorów w tabeli 3C. We wszystkich przypadkach wymagane jest aby doświadczenie było zgodne z zakresem zadania na które aplikuje wnioskodawca.*

**A. REALIZACJA PROJEKTÓW W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH Z FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH**

* Wnioskodawca nie otrzymał dotychczas dofinansowania
* Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie, zgodnie z informacjami w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Numer umowy** | **Numer zadania NPZ/ Nazwa zadania konkursowego**  | **Nazwa własna zadania** | **Wysokość otrzymanego dofinansowania** | **Krótki opis projektu**  | **Liczba odbiorców projektu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

**B. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI INNYCH PROJEKTÓW O PODOBNYM CHARAKTERZE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rok realizacji** | **Nazwa projektu**  | **Wysokość otrzymanego dofinansowania** | **Źródło finansowania projektu** | **Krótki opis projektu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

**C. DOŚWIADCZENIE REALIZATORÓW W ZAKRESIE PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH**

***UWAGA!*** *Należy wypełnić w przypadku wnioskodawców, których nie dotyczy tabela 3A lub 3B. Wymagane jest wskazanie doświadczeń poszczególnych realizatorów, w szczególności w odniesieniu do działań realizowanych w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Realizator** | **Rok realizacji** | **Nazwa projektu** | **Krótki opis projektu** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

…………………………….. ………………………………………

Pieczęć wnioskodawcy/ wnioskodawców Data i podpis osoby/osób upoważnionych

 do składania oświadczeń woli

 w imieniu wnioskodawcy/ wnioskodawców

**CZĘŚĆ V – OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY[[7]](#footnote-7)**

W związku z ubieganiem się ………………………………….………………………………………..……………….…..

 *(podać nazwę i adres wnioskodawcy)*

o dofinansowanie ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na realizację zadania konkursowego:..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

zaplanowanego do wykonania w okresie od …………………………… do …………………………., składamy następujące oświadczenie:

Niżej podpisane osoby, posiadające prawo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy oświadczają, że ww. wnioskodawca:

1. Posiada rachunek bankowy w …………………………………………………………………………………………
nr …………………………………………………………………………….…………., nie zajęty z jakiegokolwiek tytułu egzekucyjnego.
2. Nie zalega z płatnościami w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
3. Nie zalega z podatkami we właściwym dla organizacji Urzędzie Skarbowym.
4. Jest zdolny do terminowej spłaty ciążących na nim zobowiązań.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności wnioskodawcy.
2. Wnioskodawca posiada zasoby rzeczowe i kadrowe zapewniające prawidłowe wykonanie zadania.
3. .
4. W zakresie związanym z naborem wniosków, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm., dalej: RODO) oraz ustawą
z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
5. Dane określone w części I niniejszego wniosku są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/właściwym rejestrem lub ewidencją.
6. Wszystkie podane we wniosku oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym i nie naruszają praw osób trzecich.
7. **W przypadku przyjęcia wniosku do realizacji wnioskodawca zobowiązuje się do założenia wyodrębnionego rachunku bankowego, przeznaczonego wyłącznie do rozliczeń związanych
z przyznaną dotacją.**
8. Wnioskodawca nie ubiega się o środki finansowe z innych źródeł na realizację działań zaplanowanych do realizacji w ramach niniejszego wniosku.

Osoby składające oświadczenie:

1. ……………………………………………………..

2. …………………………………………………….

…………………………………………………..

 Data i podpis osoby/osób składających oświadczenie

**KOMPLET SKŁADANEJ DOKUMENTACJI ZAWIERA:**

|  |
| --- |
| * **Wniosek i załączniki:**
 |
| 1 | 2 egzemplarze wniosku podpisane przez osobę/ osoby upoważnione |  |
| 2 | Skan ostatecznej i podpisanej wersji elektronicznej wniosku oraz załącznika nr 1 do wniosku złożony na nośniku elektronicznym. |  |
| 3 | Załącznik nr 1 do wniosku - Informacja na temat projektu |  |
| 4 | Recenzje, porozumienia lub inne dokumenty wymagane zgodnie z opisem zadania na które aplikuje wnioskodawca |  |
| 5 | Inne, istotne z punktu widzenia wnioskodawcy (wymienić jakie). |  |
| * **Dokumenty formalno-prawne**
 |
| 1 | Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji |  |
| 2 | Załącznik nr 2 do wniosku - Oświadczenia Wnioskodawcy |  |
| 3 | Załącznik nr 3 do wniosku – Oświadczenie o kwalifikowalności podatku od towarów i usług. |  |
| 4 | Załącznik nr 4 do wniosku - Oświadczenie Wnioskodawcy o spełnianiu warunków służących zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. |  |
| 5 | Kopia porozumienia/umowy potwierdzającej podjęcie wspólnej realizacji zadania w przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/partnerstwo) |  |

**UWAGA!** Wnioskodawca zobowiązany jest do zweryfikowania poprawności i kompletności składanej dokumentacji oraz oznaczenia w powyższej tabeli rodzaju dokumentu, który składa.

**Dokumenty formalne należy złożyć w odrębnym skoroszycie!**

1. wypełnia Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku składania wniosku wspólnego każdy z podmiotów zobowiązany jest do wypełnienia odrębnie części I. wniosku. [↑](#footnote-ref-2)
3. Dotyczy wnioskodawców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą w formie jednoosobowej działalności lub spółki cywilnej. Do wypełnienia tej części zobowiązany jest każdy ze wspólników oddzielnie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 r. w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz.U. 2017 r., poz. 2029)

 [↑](#footnote-ref-4)
5. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są podać informację o posiadanych zasobach rzeczowych zapewniających prawidłowe wykonanie zadania wszystkich wnioskodawców [↑](#footnote-ref-5)
6. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są podać informację o posiadanych zasobach kadrowych i kompetencjach osób zapewniających prawidłowe wykonanie zadania wszystkich wnioskodawców [↑](#footnote-ref-6)
7. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są do złożenia Części V odrębnie. [↑](#footnote-ref-7)