Załącznik nr 2 do Programu

oraz załącznik do ogłoszenia o otwartym

konkursie ofert w ramach Programu

„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”

– edycja 2023

*WZÓR*

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO W RAMACH PROGRAMU**

**„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów**

**osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023**

**Pouczenie co do sposobu wypełniania sprawozdania:**

###### Sprawozdanie należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach oraz w przypisach.

W przypadku pól, które nie dotyczą danego sprawozdania, należy wpisać „nie dotyczy” lub przekreślić pole.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tytuł zadania publicznego** |  | | |
| **Okres za jaki jest składane sprawozdanie** |  | | |
| **Nazwa realizatora Programu** |  | | |
| **Data zawarcia umowy** |  | **Numer umowy** |  |

**I. Sprawozdanie merytoryczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Opis osiągniętych rezultatów wraz z liczbowym określeniem skali działań zrealizowanych w ramach zadania** (należy opisać osiągnięte rezultaty zadania publicznego i sposób, w jaki zostały zmierzone, tj. liczba osób niepełnosprawnych objętych usługami opieki wytchnieniowej – w podziale na wiek, liczba godzin usług opieki wytchnieniowej | | |
| **Dotyczy** | **Członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością sprawujących opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem traktowanym na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności** | **Członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością sprawujących opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności** |
| 1. Liczba członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością (uczestników) korzystających z usług opieki wytchnieniowej w podziale na: |  |  |
| **Dotyczy** | **Osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem traktowanym na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności** | **Dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności** |
| * 1. Ogólna liczba osób niepełnosprawnych objętych usługami opieki w ramach pobytu dziennego świadczonych w podziale na: |  |  |
| a) w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością |  |  |
| b) w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzymało pozytywną opinię realizatora Programu |  |  |
| * 1. Ogólna liczba osób   niepełnosprawnych objętych usługami opieki w ramach pobytu całodobowego świadczonych w podziale na: |  |  |
| a) w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnościami wpisanej do rejestru właściwego wojewody, prowadzonych przez realizatora Programu |  |  |
| b) w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzymało pozytywną opinię realizatora Programu |  |  |
| 3. Liczba zrealizowanych godzin usług opieki wytchnieniowej |  |  |
| 4. Liczba osób korzystająca z usług opieki wytchnieniowej w ramach innych projektów, programów dot. usług opieki wytchnieniowej |  |  |
| **2. Szczegółowy opis wykonania poszczególnych działań** (opis powinien zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z umową, z uwzględnieniem stopnia oraz skali ich wykonania, tj. należy przedstawić liczbę osób niepełnosprawnych objętych usługami opieki wytchnieniowej z podziałem na osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem traktowanym na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności | | |
|  | | |
| **3. Inne bezpośrednie efekty realizacji Programu oraz ocena ich zgodności z celami Programu** | | |
|  | | |

**II. Sprawozdanie z wykonania wydatków**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. 1 Rozliczenie wydatków według rodzaju kosztów** | **Koszty (w złotych)/ łącznie liczba dni/dób świadczenia usług zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione koszty (w złotych)** |
| **1. Koszty bezpośrednie zadania:** |  |  |
| 1.1. łącznie liczba godzin świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego |  |  |
| 1.1.1. łącznie koszt godzin świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego |  |  |
| 1.2.1. łącznie liczba dób świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (zgodnie z działem V ust. 16 pkt 2 lit. a Programu) |  |  |
| 1.2.2. łącznie liczba dób świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (zgodnie z działem V ust. 16 pkt 2 lit. b Programu) |  |  |
| 1.2.3. łącznie koszt doby świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (zgodnie z działem V ust. 16 pkt 2 lit. a Programu) |  |  |
| 1.2.4. łącznie koszt doby świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (zgodnie z działem V ust. 16 pkt 2 lit. b Programu) |  |  |
| **2. Koszty pośrednie zadania ogółem (stanowiące max. 10% wydatkowanych kosztów bezpośrednich):** |  |  |
| 2.1. koszty wynagrodzenia kadry administracyjnej |  |  |
| 2.2. koszty wynagrodzenia koordynatora Programu |  |  |
| 2.3. koszty przeznaczone na zakup materiałów biurowych niezbędnych do realizacji zadania |  |  |
| **Suma wszystkich kosztów realizacji zadania:** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 2 Rozliczenie ze względu na źródło finansowania zadania publicznego** | | | | | |
| **Lp.** | **Źródło finansowania** | | | **Koszty zgodnie z umową**  **(w złotych)** | **Faktycznie poniesione koszty**  **(w złotych)** |
| **1** | **Dofinansowanie, w tym odsetki bankowe od dofinansowania oraz inne Dofinansowanie, w tym odsetki bankowe od dofinansowania oraz inne przychody ogółem:** | | | zł | zł |
| 1.1 | | Kwota dofinansowania | zł | zł |
| 1.2 | | Odsetki bankowe od dofinansowania | zł | zł |
| 1.3 | | Inne przychody | zł | zł |
| **2** | **Inne środki finansowe, w tym:** | | | zł | zł |
| 2.1 | | Środki finansowe własne | zł | zł |
| **3** | **Udział kwoty dofinansowania w całkowitych kosztach zadania publicznego**1) | | | % | % |
| **4** | **Udział innych środków finansowych w stosunku do otrzymanej kwoty**  **dofinansowania, w tym:**2) | | | % | % |
| 4.1 | Udział własnych środków finansowych | | % | % |

1)Procentowy udział kwoty dofinansowania, o której mowa w pkt 1.1, w całkowitych kosztach zadania publicznego należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

2) Procentowy udział innych środków finansowych, o których mowa w pkt 2, w stosunku do otrzymanej kwoty

dofinansowania należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

**III. Wykaz faktur potwierdzających poniesione wydatki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer faktury/rachunku** | **Nazwa sprzedawcy** | **Przedmiot zakupu** | **Nazwa czynności w ramach realizowanego zadania, którego wydatek dotyczy** | **Kwota zakupu** | **Data zakupu** |

**IV. Informacje o innych przychodach uzyskanych w trakcie realizacji Programu**

|  |
| --- |
|  |

**V. Dodatkowe informacje**

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczam, że:**

1. od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny realizatora programu;
2. wszystkie informacje podane w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z przetwarzaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych;
4. realizatorowi Programu znane są przepisy prawa regulującego przetwarzanie danych osobowych, w szczególności przepisy rozporządzenia 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.Urz.UE.L Nr 119, str. 1 oraz Dz.Urz.UE.L Nr 127 z 23.05.2018 r., str. 2), zwanego dalej "RODO", oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz przestrzegał ich stosowania przy realizacji Programu;
5. dane osób fizycznych przetwarzane przez realizatora Programu, w szczególności dane osób wykonujących usługi opieki wytchnieniowej, uczestników Programu albo opiekunów prawnych będą udostępniane Ministrowi jako odrębnemu administratorowi do celów co najmniej sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru, o ile zaistnieje taka potrzeba, a w przypadku udostępniania Ministrowi tych danych realizator Programu zrealizuje w imieniu Ministra obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w zakresie zobowiązań finansowych w imieniu realizatora Programu. W przypadku podpisów nieczytelnych należy czytelnie podać imię i nazwisko osoby podpisującej.

........................................................ ………………….*....................................................*

(miejscowość, data)(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu realizatora Programu)

**POUCZENIE:**

Sprawozdanie składa się:

1. osobiście w dni robocze w godzinach 8.15 - 16.15 w kancelarii ogólnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w Warszawie, przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, albo
2. za pośrednictwem poczty na adres: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, ul Żurawia 4a, 00-503 Warszawa, albo
3. w postaci elektronicznej za pośrednictwem platformy ePUAP. W tym przypadku, sprawozdanie wraz załącznikiem musi być opatrzone podpisem zaufanym albo kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**ZAŁĄCZNIK:**

1. kosztorys wykonania zadania.