Załącznik nr 7

do Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Sprawozdania z realizacji Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sprawozdanie z wykonania zadania** **publicznego w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025, jakim było zorganizowanie i zrealizowanie działań mających na celu wspieranie aktywności zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych** | | | | |
| **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 raportu, należy wpisać „nie dotyczy”. | | | | |
| **Okres, za jaki jest składane sprawozdanie** | |  | | |
|  | | | | |
| **Nazwa Realizatora** |  | | | |
| **Data zawarcia Umowy** |  | | **Numer Umowy, o ile został nadany** |  |
|  | | | | |
| **Część A. Sprawozdanie** | | | | |
|  | | | | |
| **1. Szczegółowy opis wykonania zadania** | | | | |
| 2.1 **Charakterystyka uczestników** (należy wskazać liczbę osób, status uczestników na rynku pracy przed rozpoczęciem Programu, jakie były potrzeby uczestników) | | | | |
|  | | | | |
| 2.2. **Realizator objął zadaniem opiekunów osób niepełnosprawnych w liczbie nie mniejszej niż określona w części V ust. 2 Programu** (opisać sposób realizacji tego kryterium w toku wykonywania Programu) | | | | |
|  | | | | |
| 2.3. **Obszar (gmina/gminy), na którym Zadanie było realizowane** (opisać gdzie zadanie było realizowane) | | | | |
|  | | | | |
| 2.4. **Zadanie realizowane zostało zgodne z częścią V ust.6-7 Programu** (opisać sposób realizacji tego kryterium w toku wykonywania Programu) | | | | |
|  | | | | |
| 2.5. **Szczegółowy opis wykonania poszczególnych działań** (opis powinien zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z Programem; w opisie należy przedstawić również informację o zaangażowanym wkładzie finansowym, osobowym i wkładzie rzeczowym w realizację działań) | | | | |
|  | | | | |
| 2.6. **Zrealizowanie zadanie poprawiło sytuację opiekunów osób niepełnosprawnych na rynku pracy, zwiększyło szanse na podjęcie przez nich zatrudnienia** (opisać sposób realizacji tego kryterium w toku wykonywania Programu, w oparciu o przyjęte cele i wskaźniki) | | | | |
|  | | | | |
| **2. 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; należy wskazać rezultaty oraz w jakim stopniu realizacja zadania przyczyniła się do osiągnięcia jego celu) | | | | |
|  | | | | |

Część B. Sprawozdanie finansowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Rodzaj kosztu** | | **Rodzaj miary** | | **Koszt jednostkowy [PLN]** | | **Liczba osób** | **Razem** |
| **I.** | | **Koszty bezpośrednio związane z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł I)** | | | | | | | |
| I.1. | | Działanie 1 |  | |  | |  | |  |
| I.1.1. | | Koszt 1 |  | |  | |  | |  |
| I.1.2. | | Koszt 2 |  | |  | |  | |  |
| …… | | …… |  | |  | |  | |  |
| I.2. | | Działanie 2 |  | |  | |  | |  |
| I.2.1. | | Koszt 1 |  | |  | |  | |  |
| I.2.2. | | Koszt 2 |  | |  | |  | |  |
| …… | | …… |  | |  | |  | |  |
| I.3. | | Działanie 3 |  | |  | |  | |  |
| I.3.1. | | Koszt 1 |  | |  | |  | |  |
| I.3.2. | | Koszt 2 |  | |  | |  | |  |
| …… | | …… |  | |  | |  | |  |
| **Suma kosztów bezpośrednio związanych z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł I)** | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **II.** | **Koszty bezpośrednio związane z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł II)** | | | | | | | | |
| II.1. | | Działanie 1 |  | |  | |  | |  |
| II.1.1. | | Koszt 1 |  | |  | |  | |  |
| II.1.2. | | Koszt 2 |  | |  | |  | |  |
| …… | | …… |  | |  | |  | |  |
| I.2. | | Działanie 2 |  | |  | |  | |  |
| I.2.1. | | Koszt 1 |  | |  | |  | |  |
| I.2.2. | | Koszt 2 |  | |  | |  | |  |
| …… | | …… |  | |  | |  | |  |
| I.3. | | Działanie 3 |  | |  | |  | |  |
| I.3.1. | | Koszt 1 |  | |  | |  | |  |
| I.3.2. | | Koszt 2 |  | |  | |  | |  |
| …… | | …… |  | |  | |  | |  |
| **Suma kosztów bezpośrednio związanych z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł II)** | | | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Podsumowanie kosztów realizacji zadania** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Suma wszystkich kosztów bezpośrednio związanych z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł I i Moduł II)** |  |
| 2. | **Suma kosztów obsługi Programu** |  |
| 3. | **Suma wszystkich kosztów realizacji zadania** (1+2) |  |
|  | | |
| **Łączna liczba uczestników Programu** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Źródła finansowania kosztów realizacji zadania** | | | |
| **Lp.** | **Źródło finansowania kosztów realizacji zadania** | **Wartość [PLN]** | **Udział [%]** |
| 1. | Suma wszystkich kosztów realizacji zadania |  | 100 |
| 2. | Środki Funduszu Pracy, o które występuje Oferent, w celu realizacji zadania w ramach Programu |  |  |
| 3. | Wkład finansowy własny, który Oferent przeznaczy na realizację zadania (nie wlicza się wkładu, o którym mowa w części VII pkt. 2) |  |  |

|  |
| --- |
| **Część D. Dodatkowe informacje** |
|  |

Oświadczam, że:

1) od daty zawarcia Umowy nie zmienił się status prawny Oferenta(-ów);

2) wszystkie informacje podane w niniejszym raporcie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;

3) w zakresie związanym z Konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzeniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych;

4) jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………………………………

## Podpis osoby składającej sprawozdanie

## (W przypadku podpisów nieczytelnych należy czytelnie podać

## imię i nazwisko osoby podpisującej.)

**POUCZENIE**

## Sprawozdanie należy przesłać do Ministra za pomocą Elektronicznej Skrzynki Podawczej (ESP) dostępnej na Elektronicznej Platformie Usług Administracji Publicznej (e-PUAP) pod adresem: /4g447ytes7/skrytka albo za pomocą usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (e-Doręczenia) na adres: AE:PL-60051-39700-ISVBV-33. Sprawozdanie musi zostać podpisane przez osobę/osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu realizatora Programu, zgodnie z zasadami reprezentacji (tj. podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę/osoby wskazane do reprezentacji w dokumencie rejestrowym lub pełnomocnika na podstawie załączonego do sprawozdania pełnomocnictwa lub jego kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę działającą w imieniu realizatora Programu).

## Część E. Załączniki do Sprawozdania:

Załącznik nr 1 - Informacja szczegółowa - sprawozdanie z realizacji Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025

Załącznik nr 2 - Ankieta ewaluacyjna dla uczestników Programu

Załącznik nr 3 - Wyniki ewaluacji działań podjętych w ramach realizacji Zadania

…………………………………………………………………....

Podpis osoby składającej sprawozdanie