**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE W ROKU 2020**

**POMOC CHARYTATYWNA I SOCJALNA**w ramach projektu „Solidarność bez Granic – pomoc dla Polaków i Polonii z Syrii i Ukrainy.”

1. **INFORMACJE O PODMIOCIE WNIOSKUJĄCYM:**
2. **Nazwa organizacji:**
3. **Adres** (ulica, miasto, kod, kraj):
4. **Numer telefonu, fax, telefon komórkowy:**
5. **E-mail:**
6. **Strona www:**
7. **Strona facebook:**
8. **Liczba członków/beneficjentów korzystających z działań organizacji:** ………………………..
9. **INFORMACJE O PROJEKCIE:**
10. **Miejsce realizacji (miejscowość i kraj):**
11. **Liczba uczestników (beneficjentów pomocy):** …………. osób
12. **Cel projektu:**

1. **Opis merytoryczny** (szczegółowe informacje dot. projektu)

………………………………………………………………………………………………

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

1. **Partnerzy projektu** (jeżeli występują)

1. **Inne źródła finansowania** (jeżeli występują) jakie? ……………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………...

1. **Wkład własny** (co najmniej 10% wnioskowanej kwoty dotacji).

Kwota: ……………; Rodzaj (finansowy, rzeczowy, osobowy) ……………………………………..

1. **Miejsca gdzie będzie publikowana informacja o realizacji projektu** (strona internetowa, facebook, ogłoszenia, plakaty):

1. **Termin realizacji (data, miesiąc),** dotyczy działania nr 1, planowana data wydarzeń/imprez w ramach działania ………………………………………………………………………………………………...
2. **KOSZTORYS PROJEKTU:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztu** | **Koszt jednostkowy** | **Jednostka\*** zaznaczyć właściwe | **Liczba** jednostek | **Koszt** całkowity | **Kwota wnioskowana w PLN** | **Inne źródła finansowania** |
| 1 | **Paczki żywnościowe, paczki świąteczne** (art. żywnościowe, środki higieny osobistej, środki czystości, koszty transportu) **i organizacja imprez charytatywnych** (obchody Wielkanocy, Mikołajków, Bożego Narodzenia i innych; koszty transportu, bilety, zwrot kosztów podróży) |  | średnioosoba/paczka |  |  |  |  |
| 2 | **Koszty leczenia i badań** (w tym koszty podróży do klinik, przychodni, szpitali) |  | średnioosoba |  |  |  |  |
| 3 | **Zakup i koszty leków oraz ich dostarczenia** |  | średnioosoba |  |  |  |  |
| 4 | **Sprzęt do regularnych/indywidualnych badań medycznych** (ciśnieniomierze, strzykawki insulinowe itp.) **i przyrządy wspomagające funkcjonowanie osób starszych** (wózki inwalidzkie, kule, balkoniki, nakładki na wannę, aparaty słuchowe itp.), **dostarczenie przyrządów i sprzętu.** |  | średnioosoba |  |  |  |  |
| 5 | **Zapomoga dla osób starszych** (jednorazowe wypłaty na nagłe i podstawowe wydatki, koszty ubrań, odzieży, tekstyliów, koszty podróży, bilety, art. spożywcze, dostawa zakupionych produktów i artykułów, koszty mediów, opłaty czynszowe, koszty ubezpieczeń, inne wydatki cykliczne) |  | średnioosoba/miesiąc |  |  |  |  |
| 6 | **Zapomoga dla osób samotnych, ciężko i przewlekle chorych oraz sierot** (w tym comiesięczna wypłata zapomogi) |  | średnioosoba/miesiąc |  |  |  |  |
| 7 | **Zapomoga dla rodzin w trudnej sytuacji materialnej**  (w tym comiesięczna wypłata zapomogi) |  | średnioosoba/miesiąc |  |  |  |  |
| 8 | **Zapomoga dla osób zasłużonych dla Polaków i polskości na Ukrainie** (pokrycie wydatków jedno-razowych, koszty podróży do miejsca zamieszkania) |  | średnioosoba/miesiąc |  |  |  |  |
| 9 | **Zapomoga dla sierot wojennych** (comiesięczna wypłata zapomogi) |  | średnioosoba/miesiąc |  |  |  |  |
| 10 | **Inne koszty – proszę wymienić jakie** |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | **XXXXXX** | **XXXX** |  |  |  |  |

1. **INFORMACJE NIEZBĘDNE DO PODPISANIA UMOWY:**
2. **Osoby upoważnione do podpisania umowy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Preferowana forma odbioru dotacji: przelew/gotówka** (właściwe zaznaczyć).
2. **ZAŁĄCZNIKI:** 
   * + 1. List intencyjny – obowiązkowo.
       2. Statut i świadectwo rejestracji dotyczy Organizacji wnioskujących po raz pierwszy.

Uwaga:

1. Prosimy o wypełnienie wszystkich pozycji oznaczonych, o ile nie zostały inaczej oznaczone. Wnioski niekompletne mogą pozostać bez rozpatrzenia.
2. Jeśli brakuje miejsca na odpowiedź, proszę rozszerzyć wniosek komputerowo lub dołączyć następną kartkę z odpowiednim odnośnikiem do punktu, który Państwo opisujecie.
3. Wypełniony wniosek można wysłać drogą elektroniczną, plik w programie word lub excel oraz dosłać skan lub zdjęcie ostatniej strony z podpisami.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu przyznawania dotacji. Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych zamieszoną na stronie internetowej Fundacji [www.wid.org](http://www.wid.org) i akceptuję jej postanowienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data czytelny podpis i pieczęć wnioskodawcy   
(osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu organizacji)