*Załącznik nr 1 do umowy*

*……………………………………… miejscowość*, dnia …………………………... r.

 *pieczęć jednostki*

 *samorządu terytorialnego*

|  |
| --- |
| 1. **WNIOSEK O WYPŁATĘ DOTACJI**
2. z budżetu państwa na dofinansowanie zadania realizowanego
3. w ramach **modułu II** programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025 (edycja 2022)
 |

1. **Informacje ogólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **numer umowy (aneksu)** |  |
| **nazwa jednostki samorządu terytorialnego** |  |
| **numer kolejny wniosku o wypłatę dotacji** |  |
| **Liczba dofinansowanych miejsc** |  |
| **Kwota dofinansowania na 1 uczestnika** (kwota dotacji ÷ liczbę miesięcy funkcjonowania ośrodka wsparcia ÷ liczbę seniorów) |  |

1. **Część finansowa**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **kwota przyznanej dotacji zgodnie z umową (aneksem)** - z uwzględnieniem planu po zmianach
 |  |
| 1. **kwota dotacji przekazana przez UW do dnia złożenia bieżącego wniosku**
 |  |
| 1. **kwota dotacji wnioskowana bieżącym wnioskiem, w tym** (z uwzględnieniem rozliczenia otrzymanej zaliczki pkt 5):
 |  |
| 1. refundacja za okres ……….. (zgodnie z tabelą nr 3 i 4 oraz z uwzględnieniem pkt. VII.6 ogłoszenia konkursowego)
 |  |
| 1. zaliczka na m-c ……….. (z uwzględnieniem pkt. VII.6 ogłoszenia konkursowego)
 |  |
| 1. **pozostała w planie kwota dotacji z uwzględnieniem kwoty wnioskowanej w bieżącym wniosku (1-2-3)**
 |  |
| 1. **Rozliczenie otrzymane zaliczki:**
 |  |
| 1. otrzymana kwota zaliczki na m-c …
 |  |
| 1. należna kwota na miesiąc (z uwzględnieniem faktycznej frekwencji)
 |  |
| 1. różnica (a-b) – kwota do odjęcia przy kolejnym wniosku o wypłatę dotacji
 |  |

**Zgodnie z pkt VII.6. ogłoszenia o otwartym konkursie ofert, w okresie zawieszenia działalności lub czasowego zamknięcia ośrodków wsparcia spowodowanego skutkami COVID-19, których funkcjonowanie jest finansowanie w ramach modułu 2 programu, jednostkom samorządu terytorialnego przysługuje dotacja na pokrycie bieżących kosztów ich prowadzenia (pod warunkiem ich zaplanowania w kalkulacji kosztów).**

1. **Refundacja za okres\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **styczeń** | **luty** | **marzec** | **kwiecień** | **maj** | **czerwiec** | **Refundacja łącznie (styczeń-czerwiec) w zł\*\*** |
| kwota w zł, gr | kwota w zł, gr | kwota w zł, gr | Kwota w zł, gr | Kwota w zł, gr | Kwota w zł, gr |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*refundacja dotyczy tylko wniosków składanych **po raz pierwszy,**

\*\* liczba miesięcy objęta refundacją uzależniona jest od daty zawarcia umowy.

1. **Miesięczna frekwencja uczestników zadania (w stosunku do miejsc dofinansowanych w ramach ww. umowy). Należy podać faktyczną frekwencję uczestników zadania za miesiąc/-e poprzedzający/-e złożenie wniosku (rozliczenie zaliczki).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| x | I | II | III | IV | V | VI | VII | VII | IX | X | XI | XII |
| Liczba seniorów |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NALEŻNA DOTACJA (z uwzględnieniem pkt. VII.7 ogłoszenia konkursowego)** |
| Kwota w zł w zaokrągleniu w dół |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

kolejne transze dotacji będą przekazywane w formie zaliczki na podstawie złożonego wniosku o wypłatę dotacji
z podaniem faktycznej frekwencji uczestników zadania za poprzedni miesiąc (pkt. VII.7 ogłoszenia konkursowego).

1. **Miesięczna frekwencja uczestników zadania (w stosunku do miejsc dofinansowanych
w ramach ww. porozumienia). Należy podać faktyczną frekwencję uczestników zadania oraz rodzaje świadczonych usług, za miesiąc/e poprzedzający/e złożenie wniosku
w okresie epidemii COVID-19\*\*.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **Przeciętna liczba seniorów objęta usługami w trakcie epidemii** | **Rodzaj usług świadczonych dla seniorów (np. dowożenie posiłku, zakupy, zajęcia prowadzone poza siedzibą placówki itp.) Szczegółowy opis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*\* Tabela wypełniana w okresie zawieszenia działalności placówki w związku z COVID-19.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **osoba upoważniona do składania wyjaśnień w zakresie wniosku** **o wypłatę dotacji** | **imię i nazwisko** |  |
| **adres e-mail** |  |
| **numer telefonu** |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wniosek i inne dokumenty zostały sporządzone zgodnie z najlepszą wiedzą, a wnioskowana dotacja jest na minimalnym poziomie umożliwiającym realizację zadania w aspekcie zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz programem wieloletnim „Senior”” na lata 2021-2025, edycja 2021.

 Imię i nazwisko (Wójta, Burmistrza, Prezydenta)

 …..………………………………………….

**Uwaga! Podpisany przez osoby upoważnione bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu wniosek, należy przesłać drogą elektroniczną ePUAP na skrzynkę Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie.**