|  |  |
| --- | --- |
|  | Załącznik nr 1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ………………………………………………  (pieczęć podmiotu uprawnionego) | | | …………………………………………………  (miejscowość, data) | | |
| Wniosek o dofinansowanie projektu w ramach Programu Osłonowego  *„WSPIERANIE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W TWORZENIU SYSTEMU PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY DOMOWEJ”* | | | | | |
| **1. INFORMACJE OGÓLNE** | | | | | |
| **1.1. Nazwa podmiotu uprawnionego** | | | | | |
|  | | | | | |
| **1.2. Adres podmiotu uprawnionego** | | | | | |
| Ulica, nr lokalu |  | | | | |
| Kod pocztowy, miejscowość |  | | | | |
| Województwo |  | | | | |
| **1.3. Nazwa podmiotu realizującego zadanie** | | | | | |
|  | | | | | |
| **1.4.Adres podmiotu realizującego zadanie** | | | | | |
| Ulica, nr lokalu |  | | | | |
| Kod pocztowy, miejscowość |  | | | | |
| **1.5. Dane osoby do kontaktu** (odpowiedzialnej za opracowanie wniosku) | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | |
| Telefon/faks |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| **1.6. Tytuł projektu** | | | | | |
|  | | | | | |
| **1.7. Priorytet wskazany w ogłoszeniu o otwartym konkursie** (należy wybrać jeden) | | | | | |
| I. Rozwój działań profilaktycznych mających na celu podniesienie świadomości społecznej na temat zjawiska przemocy domowej. | | | | |  |
| II. Poprawa jakości i zwiększenie dostępności usług świadczonych na rzecz osób zagrożonych lub doznających przemocy domowej. | | | | |  |
| III. Dostosowanie istniejącej infrastruktury instytucjonalnej do potrzeb osób zagrożonych lub doznających przemocy domowej. | | | | |  |
| IV. Zintensyfikowanie pomocy dla dzieci i młodzieży ze środowisk, w których występuje zjawisko przemocy domowej. | | | | |  |
| **1.8. Informacje o budżecie projektu** (zgodnie z budżetem projektu załączonym do wniosku) | | | | | |
| a) Wnioskowana kwota dofinansowania | | |  | | PLN |
| b) Wartość wkładu własnego | | |  | | PLN |
| c) Całkowity koszt projektu  a) +b) | | |  | | PLN |
| d) Udział wkładu własnego w całkowitych kosztach projektu  b) ÷ c) x 100% | | |  | | % |
| **1.9. Planowany czas realizacji projektu** | | | | | |
| Data rozpoczęcia projektu | | miesiąc: | |  | 2024 r. |
| Data zakończenia projektu | | miesiąc: | |  | 2024 r. |
| **1.10. Miejsce realizacji projektu** (województwo, powiat, miasto, gmina) | | | | | |
|  | | | | | |
| **1.11. Projekt realizowany będzie jako zadanie**: (zaznaczyć właściwe - określenie jednostki samorządu terytorialnego będzie miało wpływ na wskazanie paragrafu klasyfikacji wydatków). | | | | | |
| gminy | | |  |  | |
| powiatu | | |  |
| województwa | | |  |
|  | | | | | |
| **1.12. Doświadczenie i zaangażowanie podmiotu realizującego zadanie w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **2. INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | |
| **2.1. Uzasadnienie potrzeby realizacji** **projektu** (diagnoza sytuacji i analiza potrzeb w odniesieniu odpowiednio do gminnego/powiatowego programu przeciwdziałania przemocy domowej i ochrony osób doznających przemocy domowej lub wojewódzkiego programu przeciwdziałania przemocy domowej oraz uzasadnienie wyboru proponowanych działań). | | | | | |
|  | | | | | |
| **2.2. Opis projektu** (należy odnieść się do odpowiedniego priorytetu Programu Osłonowego oraz zawrzeć szczegółowy opis planowanych działań – prosimy nie przekraczać 2 stron). | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **2.3. Grupy docelowe** (odbiorcy projektu) | | | | | |
|  | | | | | |
| **2.4. Instytucje zaangażowane w realizację projektu** (partnerzy, instytucje współpracujące) **- podział zadań, zakres działania i stopień zaangażowania.** | | | | | |
|  | | | | | |
| **2.5. Oczekiwane rezultaty projektu** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. ZAŁĄCZNIKI** | |
| **Kosztorys projektu** |  |
| **Harmonogram realizacji projektu** |  |
| **Oświadczenie Wnioskodawcy** |  |
| **Odpowiednio** (należy zaznaczyć właściwy): | |
| *Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej i Ochrony Osób Doznających Przemocy Domowej* |  |
| *Powiatowy Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej i Ochrony Osób Doznających Przemocy Domowej* |  |
| *Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej* |  |
|  | |
|  | |

**Podpis i pieczęć odpowiednio:**

**Wójta/Burmistrza/Prezydenta Miasta/Starosty/Marszałka Województwa**

|  |
| --- |
|  |