## Załącznik nr 6

## *do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego w ramach projektu grantowego „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”*

**SPRAWOZDANIE**

**RZECZOWO-FINANSOWE Z REALIZACJI GRANTU**

**w ramach projektu pn. „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”**

**A1. Dane Grantobiorcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Data wpływu sprawozdania do UMWM** | …………………………………………………………………………*(wypełnia Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie)* |
| **2. Data zawarcia umowy i numer umowy**  |  |
| **3. Nazwa Grantobiorcy** **(podmiotu, który otrzymał wsparcie)** |  |
| **4. Termin realizacji Grantu** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |

**A2. Dane placówki/e POZ, której dotyczy grant** (w przypadku więcej niż jednej placówki, tabelę należy uzupełnić dla wszystkich placówek objętych wsparciem)

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa placówki** |  |
| **2. Adres placówki** |  |
| **3. Miejsce przechowywania dokumentacji dot. realizacji Grantu** |  |

**A3. Opis efektów realizacji zadania grantowego**

|  |
| --- |
| **Opis efektów osiągniętych dzięki realizacji zadania grantowego** |
|  |

**A4. Opis zrealizowanych działań**

|  |
| --- |
| **Syntetyczny opis działań zrealizowanych w ramach przyznanego Grantu** |
| Doposażenie stanowisk pracy personelu medycznego placówek POZ w środki ochrony indywidualnej niezbędne do walki z pandemią COVID-19 i jej negatywnymi skutkami. |  |
| Doposażenie placówek POZ w sprzęt medyczny i wyposażenie niezbędne do walki z pandemią COVID-19 i jej negatywnymi skutkami. |  |
| Doposażenie placówek POZ w środki i urządzenia do dezynfekcji niezbędne do walki z pandemią COVID-19 i jej negatywnymi skutkami. |  |

**A5. Wskaźniki**

**Wskaźnik 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźnik** | **Kobiet** | **Mężczyzn**  | **Ogółem**  |
| Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19\* |  |  |  |

*\*Należy uwzględnić liczbę personelu medycznego tj. liczbę lekarzy POZ, i/lub pielęgniarek POZ, i/lub położnych POZ zatrudnionych w Placówkach POZ objętych wsparciem w ramach grantu*

**Wskaźnik 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wskaźnik** | **Wartość wydatków** |
| Wartość wydatków kwalifikowalnychprzeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19\*\* |  |

***\*\**** *Należy wskazać wartość grantu*

**A6. Oświadczenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | **W imieniu podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że poniesione wydatki wykazane w niniejszym Sprawozdaniu rzeczowo-finansowym z realizacji Grantu:** | **TAK/NIE** |
| 1. | Spełniająkryteria kwalifikowalności w zakresie określonym w Umowie o powierzenie Grantu oraz Regulaminie realizacji projektu grantowego „Małopolska tarcza Antykryzysowa - Pakiet Medyczny 3. Wsparcie grantowe placówek POZ” |  |
| 2. | Zostały ujęte w zaakceptowanym przez Grantodawcę Wniosku o Grant |  |
| 3. | Zostały poniesione w sposób celowy, racjonalny, efektywny i oszczędny zgodnie z przepisami obowiązującego prawa krajowego i unijnego oraz zgodnie z warunkami Umowy o powierzenie Grantu |  |
| 4. | Zostały udokumentowane w formie dokumentów księgowych |  |
| 5. | Nie zostały zrefundowane lub pokryte w ramach innych środków publicznych (podwójne finansowanie) |  |
| 6. | Nie obejmują kosztów administracyjnych (w tym kosztów prowadzenia rachunku bankowego, obsługi księgowej, kosztów biurowych – telefon, czynsz, prąd), kosztów wynagrodzeń, usług medycznych oraz kosztów związanych z promocją/informacją |  |
| 7. | Obejmują koszt podatku od towarów i usług (VAT) ze względu na BRAK PRAWNEJ MOŻLIWOŚCI odzyskania VAT przez Grantobiorcę |  |
| 8. | Zostały poniesione zgodnie z przeznaczeniem grantu |  |
|  | **Jednocześnie oświadczam, że:** | **TAK/NIE** |
| 1. | Grant przyczyniłsię do poprawy bezpieczeństwa, ochrony zdrowia i zachowania życia personelu medycznego, innych pracowników placówki/wek POZ, a także jej pacjentów  |  |
| 2. | Wszystkie podane w Sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym |  |
| 3. | Oświadczam, że zrealizowane działania, objęte Sprawozdaniem rzeczowo-finansowym z realizacji grantu są zgodne z Załącznikiem nr 2 do Regulaminu Projektu Grantowego. W tym zwłaszcza, że minimum 80% środków grantu zostało wydatkowane na asortyment wskazany w Załączniku nr 2 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego w ramach projektu grantowego pn. „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet medyczny 3 – Wsparcie grantowe dla Placówek POZ”, a kwota wydatków na inne artykuły odpowiadające pilnym potrzebom związanym ze zwalczaniem COVID-19 i zapobieganiem negatywnym skutkom pandemii, które nie zostały wymienione w załączniku nr 2 do Regulaminu Projektu Grantowego, nie przekraczają limitu 20% całkowitej wartości grantu.  |  |
| 4 | Oświadczam, że wydatki zostały poniesione zgodnie z przepisami prawa krajowego i unijnego w tym zwłaszcza z zachowaniem odpowiednich trybów dotyczących zamówień realizowanych w projekcie określonych w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”. |  |
| 5 | Oświadczam, że środki zadania grantowego (dofinansowania i wkładu własnego Grantobiorcy) nie zostały poniesione na zakup środków trwałych o wartości początkowej powyżej 10 000, 00 zł ani na cross-financing. |  |

**A7. Szczegółowe rozliczenie grantu**

|  |
| --- |
| **Zadanie 1 - doposażenie placówki/ek POZ w środki ochrony indywidualnej** |
| **LP** | **A. asortyment zgodny z Załącznikiem nr 2 do Regulaminu projektu grantowego** | **ilość rozliczana** | **cena jednostkowa** | **Suma wydatków** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **LP** | **B. pozostały asortyment niewymieniony w Załączniku nr 2 do Regulaminu**  | **ilość rozliczana** | **cena jednostkowa** | **Suma wydatków** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **Razem w ramach zadania nr 1** |  |
| **Zadanie 2 - doposażenie placówki/ek POZ w środki i urządzenia do dezynfekcji** |
| **LP** | **A. asortyment zgodny z załącznikiem nr 2 do Regulaminu projektu grantowego** | **ilość rozliczana** | **cena jednostkowa** | **Suma wydatków** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
|  | **B. pozostały asortyment niewymieniony w Załączniku nr 2 do Regulaminu**  | **ilość rozliczana** | **cena jednostkowa** | **Suma wydatków** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **Razem w ramach zadania nr 2** |  |
| **Zadanie 3 - doposażenie placówki/ek POZ w sprzęt medyczny i wyposażenie**  |
| **LP** | **A. asortyment zgodny z załącznikiem nr 2 do Regulaminu projektu grantowego** | **ilość rozliczana** | **cena jednostkowa** | **Suma wydatków** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **LP** | **B. pozostały asortyment niewymieniony w Załączniku nr 2 do Regulaminu**  | **ilość rozliczana** | **cena jednostkowa** | **Suma wydatków** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **Razem w ramach zadania nr 3** |  |
| **PODSUMOWANIE WYDATKÓW W RAMACH ZADANIA GRANTOWEGO (suma wydatków zadań 1-3)** |
| **1.1.** | **Kwota grantu (dofinansowanie)** |  |
| **1.2.** | **Wkład własny Grantobiorcy** |  |
| **1.3.** | **Razem wartość zadania grantowego (1.1+1.2)** |  |

|  |
| --- |
| **ROZLICZENIE KOŃCOWE kwoty grantu (dofinansowanie) - zwroty** |
| **1.** | **Wartość grantu wskazana w umowie o powierzenie grantu** (należy wpisać tylko środki dofinansowania, bez wkładu własnego) |  |
| **2.** | **Wartość rozliczanych niniejszym sprawozdaniem środków grantu** (należy wpisać tylko środki dofinansowania, bez wkładu własnego) |  |
| **3.** | **Do zwrotu** (kwota z wiersza 1. pomniejszona o kwotę 2.) |  |
| **4.** | **Kwota odsetek bankowych** (kwota odsetek narosłych od kwoty grantu na rachunku bankowym wyodrębnionym na potrzeby realizacji zadania grantowego\* - jeżeli dotyczy**)** |  |
| **5.** | **Razem do zwrotu:**(suma kwot w wierszach 3 i 4) |  |

|  |
| --- |
| **Data wypełnienia Sprawozdania rzeczowo- finansowego:** |
| **Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu:** |