Załącznik nr 6 do Umowy nr ….. z dnia ……

# SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE za okres od……………do…………../SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI GRANTU[[1]](#footnote-1)

**w ramach projektu pn.: „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii”**

# DANE GRANTOBIORCY:

|  |  |
| --- | --- |
| **GRANTOBIORCA** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ** |  |
| **NUMER UMOWY I DATA JEJ ZAWARCIA**  |  |
| **TERMIN REALIZACJI GRANTU** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSOBA DO KONTAKTÓW ROBOCZYCH:** |
| stanowisko | adres e-mail | telefon |

1. **STAN REALIZACJI GRANTU**

|  |
| --- |
| **STAN REALIZACJI ZAPLANOWANYCH DZIAŁAŃ – należy odnieść się do wszystkich zaplanowanych działań** |
| **Obszar 1:** podniesienie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży (w  ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego tj. I lub II poziom referencyjny) oraz wsparcie zaplecza organizacyjnego podmiotów udzielających tych świadczeń  |
| **Zadanie 1. Wsparcie UP:** |
| **Realizowane zadania/formy wsparcia** | **Stan realizacji:1. w przygotowaniu2. w trakcie3. zakończone** | **Liczba UP objętych daną formą wsparcia narastająco** |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | *Informacje o zasadach prowadzonej rekrutacji:* *Syntetyczny opis najważniejszych realizowanych zadań/form wsparcia:* |

|  |
| --- |
| **Zadanie 2.** rozwój zaplecza organizacyjnego podmiotów udzielających świadczeń lub tworzących się*(w tym np.: zakup testów diagnostycznych, innych narzędzi lub sprzętu oraz renowację, prace adaptacyjne budynków lub pomieszczeń w celu dostosowania ich do realizacji celów projektu (cross-financing)* |
| **Realizowane zadania/formy wsparcia – syntetyczny opis** | **Stan realizacji:1. w przygotowaniu2. w trakcie3. zakończone** |
| 1. |  |  |
| 2.  |  |  |
| 3.  |  |  |
| 4.  |  |  |
|  | *Syntetyczny opis najważniejszych realizowanych zadań/form wsparcia:* |

|  |
| --- |
| **Obszar 2:** podniesienie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (w ramach usług świadczonych w społeczności lokalnej tj. Centrach Zdrowia Psychicznego oraz wsparcie zaplecza organizacyjnego podmiotów udzielających tych świadczeń |
| **Zadanie 1. Wsparcie UP:** |
| **Realizowane zadania/formy wsparcia** | **Stan realizacji:1. w przygotowaniu2. w trakcie3. zakończone** | **Liczba UP objętych daną formą wsparcia narastająco** |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | *Informacje o zasadach prowadzonej rekrutacji:* *Syntetyczny opis najważniejszych realizowanych zadań/form wsparcia:* |

|  |
| --- |
| **Zadanie 2.** rozwój zaplecza organizacyjnego podmiotów udzielających świadczeń lub tworzących się*(w tym np.: zakup testów diagnostycznych, innych narzędzi lub sprzętu oraz renowację, prace adaptacyjne budynków lub pomieszczeń w celu dostosowania ich do realizacji celów projektu (cross-financing)* |
| **Realizowane zadania/formy wsparcia – syntetyczny opis** | **Stan realizacji:1. w przygotowaniu2. w trakcie3. zakończone** |
| 1. |  |  |
| 2.  |  |  |
| 3.  |  |  |
| 4.  |  |  |
|  | *Syntetyczny opis najważniejszych realizowanych zadań/form wsparcia:* |

|  |
| --- |
| 1. **Pozostałe informacje**
 |
| *Trudności w realizacji Grantu i podjęte/planowane środki zaradcze:* |
| *Najważniejsze zadania planowane do realizacji w kolejnym okresie sprawozdawczym:* |
| *Informacja dotycząca wydatków poniesionych w ramach cross-financingu:* |
| *Informacja nt. zrealizowanej* inicjatywy we współpracy z organizacją pozarządową i/lub instytucją integracji i pomocy społecznej.  |

1. **WSKAŹNIKI**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O MONITOROWANYCH WSKAŹNIKACH**[[2]](#footnote-2) |
| **Obowiązkowe:** | **Wartość docelowa** | **Wartość osiągnięta narastająco** | **Sposób pomiaru** |
|  | **Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z  niepełnosprawnościami** |  |  |  |
|  | **Liczba objętych wsparciem mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw (w tym spółdzielni i przedsiębiorstw społecznych)** |  |  |  |
|  | **Liczba objętych wsparciem podmiotów administracji publicznej lub służb publicznych na szczeblu****krajowym, regionalnym lub lokalnym** |  |  |  |
|  | **Liczba opiekunów faktycznych/nieformalnych objętych wsparciem**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób biernych zawodowo objętych wsparciem**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem**  |  |  |  |
|  | **Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami** |  |  |  |
|  | **Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na realizację działań na rzecz poprawy dostępu do opieki długoterminowej (z wyłączeniem infrastruktury)** |  |  |  |
|  | **Liczba osób, które opuściły opiekę instytucjonalną dzięki wsparciu**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie po opuszczeniu programu** |  |  |  |
|  | **Liczba podmiotów, które rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług** |  |  |  |
|  | **Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób z krajów trzecich objętych wsparciem** |  |  |  |
|  | **Liczba osób obcego pochodzenia objętych wsparciem** |  |  |  |
|  | **Liczba osób należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak****Romowie, objętych wsparciem**  |  |  |  |
|  | **Liczba osób w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań, objętych wsparciem** |  |  |  |

1. **ZAKTUALIZOWANY BUDŻET GRANTU –** należy wypełnić wyłącznie w celu wykazania dokonanych w trakcie realizacji zadań przesunięć pomiędzy kosztami zadań do wysokości 10% (nie wymagających aneksu do Umowy).*Zgodnie z Umową o powierzenie Grantu zmiana taka nie wymaga akceptacji Dyrektora Departamentu Zdrowia. Zmiana powyżej 10% wymaga złożenia Formularza aktualizacji Wniosku i akceptacji Dyrektora Departamentu Zdrowia.*

|  |
| --- |
| **BUDŻET GRANTU** |
| **KOSZTY** | **jednostka miary** | **liczba** | **cena jednostkowa** | **Ogółem** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5 = 3 x 4) |
| **Wydatki w zakresie zadań/form wsparcia UP:** |  |  |  | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Wydatki w zakresie innych form wsparcia:** |  |  |  | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Wydatki w ramach cross-financingu:** |  |  |  | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM** | **0,00** |
| *Informacje o wprowadzonych zmianach:* |

1. **ROZLICZENIE GRANTU – proszę wypełnić wyłącznie w przypadku składania sprawozdania końcowego**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otrzymana kwota Grantu zgodnie z Umową o powierzenie grantu:** | **Kwota Grantu podlegająca rozliczeniu** (zgodnie z załącznikiem 6c Zestawienie wydatków)**:** | **Kwota Grantu podlegająca zwrotowi\*:** |
| ……………………….. zł | ……………………….. zł | ……………………….. zł |

\*dotyczy sprawozdania końcowego

**Informuję, że dokumentacja dotycząca realizacji Grantu znajduje się w:**

 **…………………………………………………………………………………………………………………...………………….. (proszę wskazać miejsce, przechowywania dokumentacji: oświadczeń uczestników, dokumentów potwierdzających poniesione wydatki).**

Oświadczam(-y), że:

1. wszystkie podane w sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
2. wszystkie wydatki finansowane w ramach grantu nie podlegają i nie będą podlegały finansowaniu z innych środków publicznych;
3. nie została zawarta żadna umowa z wykonawcą znajdującym się na liście sankcyjnej[[3]](#footnote-3) prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra, zgodnie z art. 5k rozporządzenia Rady UE nr 833/2014.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Grantobiorcy |  |

Informacje uzupełniające:

1. Sprawozdanie należy złożyć:
2. za pośrednictwem poczty lub osobiście w Kancelarii Ogólnej UMWP, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, w godz. 7.45 – 15.45 w kopercie opisanej: „Wniosek w ramach Konkursu grantowego – „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii” oraz przesłać mailem w formacie PDF na adres: dz@pomorskie.eu,
lub
3. za pośrednictwem e-PUAP na skrzynkę podawczą UMWP.
4. Do sprawozdań częściowych i końcowego należy dołączyć:
	1. Zestawienie uczestników – sporządzone na podstawie załącznika nr 9 do Umowy (wersja popisana oraz wersja edytowalna),
	2. kopie Formularzy danych uczestników, stanowiące odpowiednio załączniki nr 3 i 4 do Umowy,
	3. Zestawienie wydatków – stanowiące załącznik nr 6c do Umowy (wersja podpisana oraz wersja edytowalna)

**Uwaga:** Formularze danych uczestników, których wzory stanowią odpowiednio załączniki nr 3 i 4 do Umowy, należy przesłać w formie skanów w zaszyfrowanej wiadomości e-mail na adres wskazany przez Grantodawcę;

1. Do sprawozdania końcowego Grantobiorca dołączy:
	1. aktualne oświadczenie o kwalifikowalności podatku od towarów i usług;
	2. dokumentację zdjęciową z podjętych działań informacyjnych (np. w formie wydruków kilku zdjęć (w szczególności potwierdzających realizację obowiązku informacyjnego, wskazujących np. na oznaczenie miejsca realizacji Grantu i oznaczenie zakupionego sprzętu) lub prześle w formie plików jpg na adres mailowy osoby wskazanej do kontaktu po stronie Grantodawcy w umowie o powierzenie Grantu);
	3. dokumenty niezbędne do potwierdzenia osiągniętych wskaźników wykazanych w Części III – Rezultaty i wskaźniki

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – RODO informuję, że:**

1. Administratorem danych osobowych osób wskazanych przez Grantobiorcę będzie Zarząd Województwa Pomorskiego, z siedzibą przy ul. Okopowej 21/27, 80-810 Gdańsk. Pozostałe dane kontaktowe administratora to: Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego; e-mail: dz@pomorskie.eu; tel.: (58) 32 68 260.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: iod@pomorskie.eu
3. Dane osobowe:
4. osób reprezentujących Grantobiorcę będą przetwarzane w celu realizacji niniejszej Umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit b) RODO,
5. osób wskazanych przez Wykonawcę w umowie (tj. imię i nazwisko, email, telefon) będą przetwarzane w celu nawiązania współpracy w sprawach związanych z realizacją umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO (tj. w interesie publicznym).

Dane ww. osób będą również przetwarzane w celu wykonywania obowiązków Grantodawcy  w zakresie realizacji programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, w szczególności realizacji projektu grantowego, rozliczania wydatków poniesionych przez grantobiorców; monitorowania realizacji zadań przez Grantobiorcę; kontroli realizacji zadań przez Grantobiorcę; odzyskiwania grantu w przypadku ich wykorzystania niezgodnie z umową o powierzenie grantu, archiwizacji w związku z:

* rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (dalej Rozporządzenie ogólne),
* rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z dn. 30 czerwca 2021 r.), rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021) oraz
* ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027,

na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (tj. obowiązku prawnego).

1. Dane osobowe będą udostępniane pozostałym administratorom wymienionym w art. 87 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, w tym Instytucji Zarządzającej oraz stronom i innym uczestnikom postępowań związanych z dochodzeniem zwrotu środków, w tym prowadzonych postępowań administracyjnych w celu wydania decyzji o zwrocie środków.

Dane będą przekazywane innym podmiotom, którym zlecimy usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (tj. podmiotom wspierającym systemy informatyczne). Wskazane podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami.

Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu czy na stronie internetowej programu regionalnego FEP 2021-2027.

1. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 3, z uwzględnieniem postanowień art. 82 i art. 65 Rozporządzenia ogólnego. Bieg okresu, o którym mowa powyżej zostaje przerwany w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego lub sądowego dotyczącego wydatków rozliczonych w projekcie albo na wniosek Komisji Europejskiej, zgodnie z art. 82 ust. 2 ww. rozporządzenia.
2. Osoby, o których mowa w pkt 3 posiadają prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
3. Osoby, o których mowa w pkt 3 posiadają prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Podanie przez Grantobiorcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia i realizacji Umowy. Jest on zobowiązany do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia i realizacji Umowy.

|  |
| --- |
| **ZATWIERDZENIE SPRAWOZDANIA CZĘŚCIOWEGO/KOŃCOWEGO** – wypełnia Grantodawca |
| **Zadania realizowane zgodnie z Wnioskiem / Zadania zrealizowano zgodnie z Wnioskiem\***(\*zaznaczyć odpowiednio w odniesieniu do sprawozdania częściowego lub końcowego) | **TAK/NIE** |
| **Osiągnięto wartości zaplanowanych wskaźników obowiązkowych wskaźników produktu i rezultatu**(dotyczy sprawozdania końcowego) | **TAK/NIE** |
| **Wydatki poniesione w okresie sprawozdawczym uznane zostały za kwalifikowalne**(Kwalifikowalność wydatków zweryfikowano na podstawie dokumentów, na próbie minimum 5% pozycji wydatków rozliczanych w zestawieniu wydatków) | **TAK/NIE** |
| **Wezwano do złożenia korekty sprawozdania/wyjaśnień** | **TAK/NIE** | data: |
| **Grantobiorca złożył korektę sprawozdania/wyjaśnienia** | **TAK/NIE** | data: |
| **Zatwierdzenie sprawozdania przez Grantodawcę** | data i podpis za Grantodawcę: |

1. Właściwe zostawić [↑](#footnote-ref-1)
2. Wskaźniki określone w Programie Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 [↑](#footnote-ref-2)
3. https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami [↑](#footnote-ref-3)