

**Fiszka**

**skalowanej innowacji „Opieka domowa na terenach wiejskich”**

***wzór***

1. **Informacje o Grantobiorcy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa Grantobiorcy |  |
| 2. | Adres Grantobiorcy |  |
| 3. | Forma prawna |  |
| 4. | Numer KRS *(dotyczy podmiotów zarejestrowanych w KRS)* |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | REGON |  |
| 7. | PESEL *(dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)* |  |
| 8. | Imię i nazwisko osoby uprawnionej do podejmowania decyzji w imieniu Grantobiorcy |  |

1. **Potencjał Grantobiorcy**

|  |  |
| --- | --- |
| 9. | **potencjał wdrożenia** * doświadczenie Grantobiorcy w obszarze problemowym, w tym w szczególności dotychczasowa praca na rzecz grupy odbiorców innowacji w zakresie świadczenia usług społecznych i/lub zdrowotnych,
* potencjał techniczny i organizacyjny Grantobiorcy. Minimalny potencjał wdrożenia to zapewnienie opieki profesjonalnej czyli dysponowanie w dniu składania fiszki min. 1 specjalistą spośród: pielęgniarz/pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym: pielęgniarz/pielęgniarka środowiskowa, długoterminowa, paliatywna i/lub lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub opiekun/opiekunka medyczna, osób starszych dzienna/dzienny.
 |
|  |
| 10. | **potencjał współpracy -** doświadczenie Grantobiorcy i potencjał do nawiązania współpracy lokalnej rozumianej jako zaangażowanie w lokalne inicjatywy oraz w świadczenie usług opartych o wolontariat oraz pomoc sąsiedzką – potencjał społeczny. |
|  |

1. **Ogólny zarys koncepcji wdrożenia skalowanej innowacji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11. | Tytuł innowacji |  |
| 12. | Planowany czas trwania grantu na wdrażanie innowacji | od …….do…… |
| 13. | Miejsce realizacji działań (gmina wiejska, część gminy) |  |
| 14. | Uzasadnienie potrzeby realizacji grantu na skalowanie innowacji na wybranym obszarze  |
|  |
| 15. | Cele realizacji skalowanej innowacji zgodne z modelem Opieka domowa na terenach wiejskich |
|  |
| 16. | Opis grupy odbiorców innowacji wraz z uzasadnieniem wyboru w kontekście odbiorców modelu opieka domowa na terenach wiejskich |
|  |
| 17. | Liczba odbiorców innowacji, planowana do objęcia wsparciem w ramach skalowanej innowacji |  |
| 18. | Opis planowanego wykorzystania zasobów lokalnych wspierających wdrażanie skalowanej innowacji np. pomocy sąsiedzkiej, wolontariuszy, współpracy formalnej i pozaformalnej z działającymi na danym obszarze podmiotami realizującymi działania na rzecz odbiorców h innowacji i wdrażania grantu. |
|  |
| 19. | Kwota wnioskowanego grantu |  |

1. **Oświadczenia**
2. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję będzie wykorzystywał innowację w swojej działalności na rzecz odbiorców.

 tak  nie

1. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych

 tak  nie

1. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest powiązany osobowo i kapitałowo z Grantodawcą – Ośrodkiem Wspierania Organizacji Pozarządowych z siedzibą w Białymstoku oraz z partnerami projektu grantowego Fundacją Hospicjum Proroka Eliasza z siedzibą w Michałowie oraz Stowarzyszeniem Centrum Aktywności Lokalnej CAL z siedzibą w Warszawie polegające w szczególności na:

1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

2) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,

3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

4) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 tak  nie

1. Oświadczam, że nie będzie występowała sytuacja podwójnego finansowania usług zdrowotnych i/lub społecznych przy wdrażaniu innowacji.

 tak  nie

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru do dofinansowania zobowiązuję się do korzystania ze wsparcia Grantodawcy przy opracowywaniu, wdrażaniu i monitorowaniu planu wdrażania innowacji zgodnie z opisem tego wsparcia zamieszczonym na stronie [www.opieka.owop.org.pl](http://www.opieka.owop.org.pl)

 tak  nie

…………………………… ……………………

Data Podpis