**Załącznik nr 3**

*WZÓR*

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO W RAMACH PROGRAMU

„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów

osób z niepełnosprawnością”– edycja 2020-2021

za rok 2021

**Pouczenie co do sposobu wypełniania sprawozdania:**

###### Sprawozdanie należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach oraz w przypisach.

W przypadku pól, które nie dotyczą danego sprawozdania, należy wpisać „nie dotyczy” lub przekreślić pole.

| **Tytuł zadania publicznego** |  | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Okres za jaki jest składane sprawozdanie** |  | | |
| **Nazwa realizatora Programu** |  | | |
| **Data zawarcia umowy** |  | **Numer umowy** |  |

**I. Sprawozdanie merytoryczne**

| **1. Opis osiągniętych rezultatów wraz z liczbowym określeniem skali działań zrealizowanych w ramach zadania** (należy opisać osiągnięte rezultaty zadania publicznego i sposób, w jaki zostały zmierzone tj. liczba osób niepełnosprawnych objętych usługami opieki wytchnieniowej – w podziale na wiek , liczba godzin usług opieki wytchnieniowej | | |
| --- | --- | --- |
| **Dotyczy** | **Osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem równoważnym** | **Dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności** |
| 1. Liczba członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością korzystających z usług opieki wytchnieniowej, w tym: |  |  |
| 1.1. Liczba członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością korzystających z usług opieki wytchnieniowej w ramach specjalistycznego poradnictwa |  |  |
| 2. Ogólna liczba osób niepełnosprawnych objętych usługami opieki wytchnieniowej w ramach Programu, w tym: |  |  |
| * 1. Ogólna liczba osób korzystających z usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego świadczonych w: |  |  |
| a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,  b) ośrodku wsparcia,  c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu |  |  |
| 2.2 Ogólna liczba osób korzystających z usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego świadczonych w: |  |  |
| a) ośrodku wsparcia,  b) w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody,  c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu |  |  |
| 3. Liczba zrealizowanych godzin usług opieki wytchnieniowej |  |  |
| 4. Liczba osób realizujących usługi opieki wytchnieniowej |  |  |
| 5. Liczba osób korzystająca z usług opieki wytchnieniowej w ramach innych projektów, programów dot. usług opieki wytchnieniowej |  |  |
| **2. Szczegółowy opis wykonania poszczególnych działań** (opis powinien zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z umową, z uwzględnieniem stopnia oraz skali ich wykonania, tj. należy przedstawić liczbę osób niepełnosprawnych objętych usługami opieki wytchnieniowej z podziałem na osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem równoważnym oraz dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności | | |
|  | | |
| **3. Inne bezpośrednie efekty realizacji Programu oraz ocena ich zgodności z celami Programu** | | |
|  | | |

**II. Sprawozdanie z wykonania wydatków**

| **II. 1 Rozliczenie wydatków według rodzaju kosztów** | **Koszty zgodnie z umową (w zł)** | **Faktycznie poniesione koszty (w zł)** |
| --- | --- | --- |
| **1. Koszty bezpośrednie zadania:** |  |  |
| **1.1. koszt godzin usług opieki wytchnieniowej** |  |  |
| **1.1.1 koszt 1 godziny usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego** |  |  |
| **1.1.1.1 koszt godzin usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego (łącznie)** |  |  |
| **1.1.2 koszt 1 godziny usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego** |  |  |
| **1.1.2.1 koszt godzin usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (łącznie)** |  |  |
| **1.1.3 koszt 1 godziny usług opieki wytchnieniowej w ramach specjalistycznego poradnictwa** |  |  |
| **1.1.3.1 koszt godzin usług opieki wytchnieniowej w ramach specjalistycznego poradnictwa (łącznie)** |  |  |
| **2. Koszty pośrednie zadania:** |  |  |
| **2.1. koszty wynagrodzenia kadry administracyjnej** |  |  |
| **2.2. koszty wynagrodzenia koordynatora Programu** |  |  |
| **2.3. koszty przeznaczone na zakup materiałów biurowych niezbędnych do realizacji zdań** |  |  |
| **2.4. koszty zakupu środków ochrony osobistej** |  |  |
| **Suma wszystkich kosztów realizacji zadania:** |  |  |

| **II. 2 Rozliczenie ze względu na źródło finansowania zadania publicznego** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Źródło finansowania** | | | **Koszty zgodnie z umową** | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| **1** | **Dofinansowanie, w tym odsetki bankowe od dofinansowania oraz inne Dofinansowanie, w tym odsetki bankowe od dofinansowania oraz inne przychody ogółem:** | | | **zł** | **zł** |
| **1.1** | | **Kwota dofinansowania** | **zł** | **zł** |
| **1.2** | | **Odsetki bankowe od dofinansowania** | **zł** | **zł** |
| **1.3** | | **Inne przychody** | **zł** | **zł** |
| **2** | **Inne środki finansowe, w tym:** | | | **zł** | **zł** |
| **2.1** | | **Środki finansowe własne** | **zł** | **zł** |
| **3** | **Udział kwoty dofinansowania w całkowitych kosztach zadania publicznego**1) | | | **%** | **%** |
| **4** | **Udział innych środków finansowych w stosunku do otrzymanej kwoty**  **Dofinansowania, w tym:**2) | | | **%** | **%** |
| **4.1** | **Udział środków finansowych własnych** | | **%** | **%** |

1)Procentowy udział kwoty dofinansowania, o której mowa w pkt 1.1, w całkowitych kosztach zadania publicznego należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

2) Procentowy udział innych środków finansowych, o których mowa w pkt 2, w stosunku do otrzymanej kwoty

dofinansowania należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

**III. Informacje o innych przychodach uzyskanych w trakcie realizacji Programu**

|  |
| --- |

**IV. Dodatkowe informacje**

|  |
| --- |

###### Oświadczam, że:

1. od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny realizatora programu;
2. wszystkie informacje podane w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z przetwarzaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych;
4. realizatorowi Programu znane są przepisy prawa regulującego przetwarzanie danych osobowych, w  szczególności przepisy 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1 oraz Dz.Urz.UE.L Nr 127 z 23.05.2018 r., str. 2), zwanego dalej "RODO", oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz przestrzegał ich przy realizacji Programu;
5. dane osób fizycznych przetwarzane przez realizatora Programu, w szczególności dane osób wykonujących usługi opieki wytchnieniowej, uczestników Programu albo opiekunów prawnych będą udostępniane Ministrowi do celów co najmniej sprawozdawczych czy kontrolnych, o ile zaistnieje taka potrzeba, a w przypadku udostępniania Ministrowi tych danych realizator Programu zrealizuje w imieniu Ministra obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w zakresie zobowiązań finansowych w imieniu realizatora zadania. W przypadku podpisów nieczytelnych należy czytelnie podać imię i nazwisko osoby podpisującej.

………………… *……………………………………………..*

Miejscowość, data(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do

składania oświadczeń woli w imieniu realizatora Programu)

**POUCZENIE**

Sprawozdanie składa się osobiście lub przesyła przesyłką poleconą na adres Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w terminie przewidzianym w umowie.