**OPIS REALIZACJI ZADANIA\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE OSTATECZNEGO ODBIORCY WSPARCIA (JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO)**  *(nazwa, adres, telefon, e-puap, e-mail)* | |  | | |
| **2. DANE KONTAKTOWE OSOBY PROWADZĄCEJ SPRAWĘ/UDZIELAJACEJ INFORMACJI**  *(imię i nazwisko, telefon, e-mail)* | |  | | |
| **3. NAZWA INSTYTUCJI OPIEKI (czyli: Dzienny Opiekun nr 1 imię i nazwisko dziennego opiekuna, pod warunkiem, iż wiadomo, kto będzie pełnił tę funkcję)** | | *DZIENNY OPIEKUN NR 1* | | |
| Adres planowanej do utworzenia instytucji dziennego opiekuna | |  | | |
| Liczba tworzonych miejsc – maksymalnie 5 miejsc | |  | | |
| **4.Okres realizacji zadania** | planowany termin rozpoczęcia tworzenia *(najwcześniej od 01.01.2025)* | | planowany termin zakończenia zadania *(max do 31.12.2025)* | planowany termin wpisu do wykazu dziennych opiekunów *(max. do 31 grudnia 2024 r.)* |
| **dd-mm-rr** | | **dd-mm-rr** | **dd-mm-rr** |
| **5. Krótka charakterystyka planowanego zadania**  (proszę o wskazanie czy będzie realizowana adaptacja, zakup lokalu czy zakup i montaż wyposażenia instytucji, zakup i montaż wyposażenie placu zabaw, zakup pomocy do prowadzenia zajęć lub dostosowanie otoczenia instytucji, zakres ewentualnych prac nad dostosowaniem pomieszczeń dla dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki) |  | | | |
| Opis obiektu, w którym będą prowadzone prace  (w tym: opis budynku, liczba kondygnacji, liczba i rodzaj pomieszczeń, liczba i metraż sal pobytu dziennego) oraz opis terenu, na którym będą prowadzone prace (w tym podanie tytułu prawnego do dysponowania obiektem i terenem- nr działek ewidencyjnych i nr KW) |  | | | |
| Ocena ekonomiczna efektywności zadania (proszę opisać jakie efekty ekonomiczne zostaną osiągnięte dzięki realizacji zadania) |  | | | |
| **DEKLARACJA WNIOSKODAWCY:** Czy planowane jest funkcjonowanie utworzonej instytucji opieki w okresie od dnia dokonania wpisu instytucji do wykazu dziennych opiekunów do dnia 31 grudnia 2025 r. z zachowaniem 2-letniego okresu trwałości od dnia 31.12.2025 r zgodnie z zapisem pkt. 6.2.12 Programu *(jeżeli TAK, to proszę w odpowiednią rubrykę wpisać termin rozpoczęcia funkcjonowania oraz liczbę miesięcy funkcjonowania)* | | | | |
| TAK | Data rozpoczęcia funkcjonowania ………………………….. , liczba miesięcy funkcjonowania ……….. | | | |
| NIE |  | | | |

………………………………………………..

(data, pieczątka i podpis Wójta/Burmistrza/Prezydenta)

\*/opis planowanego zadania należy sporządzić odrębnie dla każdej instytucji dziennego opiekuna jeśli gmina występuje o dwóch dziennych opiekunów wskazanych we wniosku.