Załączniki nr 2 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”– edycja 2023

# WZÓR

# SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROGRAMU

# „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI” – EDYCJA 2023

# ZA ROK ………………………..

**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** |  |

## 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 asystencji osobistej – w podziale na wiek oraz stopień niepełnosprawności (z uwzględnieniem dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności), liczba godzin usług asystencji osobistej |
| --- |
| **Dotyczy** | **Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną** | **Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności** | **Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną** | **Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności** | **Dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami (…)** |
| 1. Liczba osób niepełnosprawnych objętych usługami asystencji osobistej w ramach Programu – w podziale na wiek oraz stopień niepełnosprawności (z uwzględnieniem dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności), w tym:
 |  |  |  |  |  |
| 1.1. Liczba osób korzystająca z usług asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 (edycja dla jednostek samorządu terytorialnego) |  |  |  |  |  |
| 1.2 Liczba osób korzystająca z usług asystencji osobistej w ramach innych projektów, programów dot. usług asystencji osobistej |  |  |  |  |  |
| 1. Liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej
 |  |  |  |  |  |
| 1. Liczba asystentów realizujących zadanie, w tym:
 |  |  |  |  |  |
| 3.1 Liczba asystentów świadczących usługi wskazanych przez uczestnika Programu |  |  |  |  |  |
|  |
| **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 asystencji osobistej z podziałem na stopień niepełnosprawności oraz wyszczególnić dzieci do 16. roku życia, a także podać informację, czy spełniono warunek, aby minimum 70% uczestników Programu stanowiły osoby niepełnosprawne wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją, należy także wyjaśnić ewentualne odstępstwa w ich realizacji; w opisie należy przedstawić również informację o zaangażowanym wkładzie osobowym i wkładzie rzeczowym w realizację działań) |
|  |

## Sprawozdanie z wykonania wydatków

| **II. 1 Rozliczenie wydatków według rodzaju kosztów** | **Koszty zgodnie z umową (w zł)** | **Faktycznie poniesione koszty w ramach FS** **(w zł)** | **Wkład własny koszty ( w zł)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Koszty bezpośrednie zadania:** |  |  |  |
| **1.1. koszty godzin usług asystencji osobistej** |  |  |  |
| **1.2. koszty biletów komunikacji publicznej/prywatnej oraz koszty przejazdu własnym/innym środkiem transportu oraz koszt biletów na wydarzenia kulturalno-rozrywkowe** |  |  |  |
| **1.3. koszty ubezpieczeń OC i NNW** |  |  |  |
| **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 połączeń telefonicznych asystentów** |  |  |  |
| **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 przychody ogółem:** |  | **zł** |
| **1.1** | **Kwota dofinansowania** | **zł** | **zł** |
| **1.2** | **Odsetki bankowe od dofinansowania** |  | **zł** |
| **1.3** | **Inne przychody** |  | **zł** |
| **2****2** | **Inne środki finansowe:** | **zł** | **zł** |
| **3** | **Udział kwoty dofinansowania w całkowitych kosztach zadania publicznego**1) | **%** | **%** |
| **4** |  **Udział innych środków finansowych w stosunku do otrzymanej kwoty****dofinansowania**2) | **%** | **%** |

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.

## Wykaz faktur potwierdzających poniesione wydatki

| **Numer faktury/rachunku** | **Nazwa sprzedawcy** | **Przedmiot zakupu** | **Nazwa czynności w ramach realizowanego zadania, którego wydatek dotyczy** | **Kwota zakupu** | **Data zakupu** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## Informacje o innych przychodach uzyskanych w trakcie realizacji Programu

|  |
| --- |

## Dodatkowe informacje

|  |
| --- |

1. Oświadczam, że: 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 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 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), 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 będących asystentami, uczestnikami Programu albo opiekunami prawnymi będą udostępniane Ministrowi jako odrębnemu administratorowi 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.

## Obligatoryjny załącznik:

1. **Kosztorys wykonania zadania.**

……………………………………………………………………………………………………………………………….

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 …………………………..

**POUCZENIE**

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