**OPIS REALIZACJI ZADANIA\***

|  |  |
| --- | --- |
| **1.DANE OSTATECZNEGO ODBIORCY WSPARCIA** (JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO)(nazwa, adres, telefon, e-puap, e-mail) |  |
| Dane kontaktowe osoby prowadzącej sprawę/dzielącej informacji (imię nazwisko, tel., e-mail) |  |
| **2.NAZWA ZADANIA POLEGAJĄCEGO NA UTWORZENIU NOWYCH MIEJSC OPIEKI** |  |
| Adres planowanej do utworzenia instytucji dziennego opiekuna |  |
| Liczba tworzonych miejsc |  |
| **3.Okres realizacji zadania** | planowany termin rozpoczęcia tworzenia | planowany termin zakończenia zadania | planowany termin wpisu do wykazu dziennych opiekunów *(max. do 31 grudnia 2024 r.)* |
|  dd-mm-rr |  dd-mm-rr | dd-mm-rr |
| 4**. 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 2024 r.*(proszę w odpowiednią rubrykę wstawić znak „X”)* |
| TAK |  |
| 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.