WNIOSEK

O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA UZALEZNIENIOM BEHAWIORALNYM ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH POZOSTAJĄCYCH
W DYSPOZYCJI MINISTRA ZDROWIA

składany na podstawie art. 88 ust. 4 pkt 1-4 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2094 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 r. w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań
ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2029) w związku z art. 2 w związku z art. 13 pkt 1)
i art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183)

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresat wniosku** **Podmiot upoważniony**  | **Minister Zdrowia** **Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii****02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54**  |
| **Termin składania wniosków** [[1]](#footnote-2) |  12.10.2021 r. |
| **Numer archiwizacyjny wniosku** 1 | DRPH.71.3. …...... . .............21 |
| **Data wpływu wniosku** 1 |  |
| **Numer i nazwa zadania zgodnie z art. 88 ust 4 pkt 1) – 4) Ustawy o grach hazardowych** | Zadanie nr 3. udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem. |
| **Numer i nazwa zadania Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025**  | 2.4.4. prowadzenie badań dotyczących uzależnień behawioralnych oraz monitorowanie i ewaluacja podejmowanych działań |
|  **Nazwa zadania** **konkursowego** | Przeprowadzenie ewaluacji pilotażowego programu oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin  |
| **Nazwa i adres wnioskodawcy/ wnioskodawców** |  |
| **Nazwa własna projektu** |  |
| **Termin realizacji projektu** |  |
| **Całkowity koszt projektu** |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania**  |  |

 *Pieczęć wnioskodawcy/ Miejscowość, data*

*wnioskodawców*

CZĘŚĆ I – DANE NA TEMAT WNIOSKODAWCY[[2]](#footnote-3)

**1. PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
|  |

**2. FORMA PRAWNA**

|  |
| --- |
|  |

**3. ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO** (zaznaczyć właściwe)

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |

#### 4. NUMER WPISU W KRAJOWYM REJESTRZE SĄDOWYM LUB INNYM REJESTRZE

|  |
| --- |
|  |

#### 5. DATA WPISU, REJESTRACJI LUB UTWORZENIA

|  |
| --- |
|  |

#### 6. NR NIP (zgodnie z formatem XXX XXX XX XX)

|  |
| --- |
|  |

#### 7. NR REGON

|  |
| --- |
|  |

#### 8. DANE ADRESOWE SIEDZIBY WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................Gmina..................................... powiat............................................województwo...............................................Telefon/Fax:................................................................... e-mail.........................................................................http://............................................................................. |

#### 8a. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ[[3]](#footnote-4)

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................Gmina..................................... powiat............................................województwo...............................................Telefon/Fax:................................................................... e-mail.........................................................................http://............................................................................. |

**9. ADRES DO KORESPONDENCJI**

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................Gmina..................................... powiat............................................województwo...............................................Telefon/Fax:................................................................... e-mail......................................................................... |

**10. NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

***Uwaga!*** *Należy podać numer rachunku bieżącego* *wg. formatu NRB XX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX. Zgodnie z § 13. rozporządzenia Ministra Zdrowia[[4]](#footnote-5), wnioskodawcy, którym zostaną przyznane środki na dofinansowanie realizacji zadania, zobowiązani będą do założenia wyodrębnionego rachunku bankowego, przeznaczonego wyłącznie do rozliczeń związanych z przyznaną dotacją. Podanie numeru wyodrębnionego rachunku wnioskodawcy będzie wymagane na etapie przedkładania preliminarza, o którym mowa w pkt 40 Szczegółowych Warunków Konkursu.*

|  |
| --- |
|  |

**11. OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY, SKŁADANIA OSWIADCZEŃ WOLI I ZACIĄGANIA
W JEGO IMIENIU ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH ZGODNIE Z WPISEM W ODPOWIEDNIM REJESTRZE**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja...........................................................................................................................................................Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja........................................................................................................................................................... |

**12. OSOBY UPOWAŻNIONE DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH WNIOSKU**

|  |
| --- |
| **1) KOORDYNATOR MERYTORYCZNY**Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja...........................................................................................................................................................Numer telefonu...................................... e-mail.............................................................................................**2) KOORDYNATOR FINANSOWY**Imię i nazwisko...............................................................................................................................................Funkcja...........................................................................................................................................................Numer telefonu...................................... e-mail.............................................................................................. |

#### 13. ZAKRES DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
|  |

#### 14. PRZEDMIOT DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ II** - **SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZACE PROJEKTU BADANIA EWLUACYJNEGO**

**1. OPIS PRZYJĘTEJ METODOLOGII BADANIA**

|  |
| --- |
| *1. Zasadność teoretyczna i empiryczna przyjętych założeń projektu (uzasadnienie w teoriach naukowych/ wynikach badań/ wynikach ewaluacji innych programów adekwatnych do przedmiotu zadania)**2. Schemat badania**3. Pytania/cele badawcze* |

**2. GRUPA BADAWCZA**

1. *Sposób rekrutacji – sposób doboru grup do badania*
2. *Kryteria udziału grup badawczych, w tym kryteria włączenia/wyłączenia uczestników badania*

**3. ZBIERANIE I ANALIZA DANYCH**

*1. Opis metod stosowanych w badaniu*

*2. Sposób pozyskiwania materiału badawczego*

*3. Stosowane narzędzia*

*4. Metody analizy zebranego materiału*

**4. OPIS SPOSOBU REALIZACJI PROJEKTU**

*Opisać szczegółowo poszczególne etapy badania przy uwzględnieniu zakładanych celów. Opis powinien zawierać także plan współpracy z placówkami realizującymi projekt pilotażowy.*

**5. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Zaplanowane działania powinny być adekwatne do założeń teoretycznych i empirycznych projektu, opisu zadania konkursowego, a także do celu projektu oraz grupy docelowej. Działania powinny być także adekwatne do kosztorysu projektu oraz szczegółowo opisane w poniższej tabeli. W przypadku braku uzasadnienia lub braku opisu działania, może ono nie zostać przyjęte do realizacji.*

*Dofinansowanie nie będzie udzielane na działania określone w pkt 17 Szczegółowych Warunków Konkursu.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer działania**  | **Nazwa działania** | **Opis działania wraz z uzasadnieniem potrzeby jego realizacji**  | **Liczba jednostek zaplanowanych do realizacji wraz ze wskazaniem sposobu wyliczenia (określenie częstotliwości, intensywności prowadzonych działań, liczby edycji, itp.).** |
| **Działania Merytoryczne** |
| 1M |  |  |   |
| 2M |  |  |  |
| 3M |  |  |  |
| **Działania Administracyjne** |
| 1A |  |  |  |
| 2A |  |  |  |
| 3A |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Koszty Rzeczowe** |
| 1R |  |  |  |
| 2R |  |  |  |
| 3R |  |  |  |

**6. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU**

***UWAGA!*** *Harmonogram powinien być adekwatny do zaplanowanych działań oraz opisany w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem terminów ich realizacji. Termin rozpoczęcia realizacji nie może być planowany przed 1 listopada 2021 roku.*

|  |
| --- |
| **Zadanie realizowane w okresie od ………...……… do ……………...……** |
| **Poszczególne działania w zakresie****realizowanego projektu** *(spójne z preliminarzem całkowitych kosztów realizacji zadania – część III wniosku, tabela 2, wg. schematu: nazwa zadania, częstotliwość* *i intensywność działania)* | **Szczegółowe terminy realizacji****poszczególnych działań** | **Imię i nazwisko realizatora wraz z liczbą godzin, które będzie wykonywał w projekcie.**  |
| **Merytoryczne** |
| **1M.** |  |  |  |
| **2M.** |  |  |  |
| **Administracyjne** |
| **1A.** |  |  |  |
| **2A.** |  |  |  |
| **Rzeczowe** |
| **1R.** |  |  |  |
| **2R.** |  |  |  |

**7. SPODZIEWANE REZULTATY WYNIKAJACE Z REALIZACJI PROJEKTU**

 *.*

|  |
| --- |
| *1. wnioski i rekomendacje dla systemu opieki zdrowotnej/dla praktyki klinicznej**2. szczegółowy opis metodologii badania* |

 8. PARTNERZY BIORĄCY UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

***UWAGA!*** *W przypadku podejmowania działań wspólnych, należy określić zakres działań podejmowanych przez każdego z partnerów. W przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/ partnerstwo) wymagane jest złożenie dokumentów formalno-prawnych zgodnie z pkt 27 pkt 3 Szczegółowych Warunków Konkursu.*

|  |
| --- |
|  |

**9. EWENTUALNI PODWYKONAWCY PROJEKTU WRAZ ZE WSKAZANIEM PODZLECANYCH DZIAŁAŃ**

***UWAGA!*** *Wyłonienie podwykonawców niezbędnych do prawidłowej realizacji zadania musi nastąpić w sposób zapewniający jawność i uczciwą konkurencję
z zastosowaniem przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn. zm.)*

|  |
| --- |
|  |

**10. INNE INFORMACJE**

***UWAGA!*** *Należy podać inne ważne informacje istotne z punktu widzenia realizowanego projektu, nieujęte we wniosku.*

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ III – KALKULACJA kosztów realizacji ZADANIA**

1. **PRZEWIDYWANE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA ZADANIA**

***UWAGA!*** *Należy określić poszczególne źródła finansowania projektu wraz ze wskazaniem procentowego udziału środków w realizowanym zadaniu. Wnioskodawcy składający projekt przewidziany do realizacji wyłącznie na 1 rok wypełniają tylko część dotyczącą 2021 roku*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2021** | **2022** | **2023** | **Ogółem** |
| **Kwota w zł.** | **%** | **Kwota w zł.** | **%** | **Kwota w zł** | **%** | **Kwota w zł.** | **%** |
| **1.** | **Wnioskowana kwota dotacji** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Środki finansowe własne**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Środki finansowe z innych źródeł ogółem (suma poz. 3.1. – 3.2.)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **3.1. Środki finansowe z innych źródeł** **publicznych** w szczególności z: * dotacji z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego,
* funduszy celowych,
* funduszy strukturalnych,
* Narodowego Funduszu Zdrowia
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.2. Wpłaty i opłaty adresatów zadania** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.3. Pozostałe, wskazać jakie:**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM:**  | **............. zł** | **100%** | **............. zł** | **100%** | **…….… zł** | **100%** | **.............. zł** | **100%** |

1. **KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA**

***Uwaga!*** *Koszt każdego zaplanowanego do realizacji działania powinien zostać uwzględniony w poniższej tabeli i mieć odzwierciedlenie w opisie działań planowanych do realizacji w ramach projektu w części II, pkt 12 wniosku. Ocena kalkulacji kosztów obejmować będzie: poprawność rachunkową kosztorysu, szczegółowość kalkulacji kosztów, wysokość udziału kosztów administracyjnych i rzeczowych w projekcie, zgodność stawek planowanych działań z taryfikatorem oraz ich realność, zasadność jak również ekonomiczność kosztów do ich zakresu oraz liczby odbiorców.*

***Kategorie poszczególnych wydatków:***

* *koszty merytoryczne: wszystkie koszty związane z bezpośrednią realizacją zadania, np. wynajem sal, koszty transportu realizatorów, druk materiałów;*
* *koszty administracyjne: koszty związane z obsługą programu, np. koordynacja merytoryczna, koordynacja finansowa;*
* *koszty rzeczowe: materiały biurowe oraz wyodrębnione składowe kosztów eksploatacyjnych (telefon, czynsz itp.).*

 *Podane w taryfikatorze stawki godzinowe zawierają wyłącznie składki społeczne, płacone przez pracownika oraz zawierają zaliczkę na podatek dochodowy i kwotę składki zdrowotnej. Wnioskodawca może ubiegać się o dofinansowanie obowiązkowych składek społecznych ZUS oraz składek na Fundusz Pracy, powinny one jednak stanowić* ***odrębną pozycję*** *w sporządzanych kosztorysach, w odniesieniu* ***do działania objętego składkami wraz ze szczegółowym sposobem ich wyliczenia w odniesieniu do poszczególnych realizatorów objętych składkami.***

***Uwaga! Należy przedstawić kosztorys obejmujący całość projektu oraz w rozbiciu na poszczególne lata realizacji!! Przedłożenie kosztorysu obejmującego wyłącznie całość projektu (bez rozbicia na poszczególne lata) skutkować będzie odrzuceniem wniosku!***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania wraz ze sposobem kalkulacji (częstotliwość, liczba)** | **Ilość****jednostek** | **Rodzaj miary** | **Koszt jedn.** | **Koszt całkowity w zł.** | **Koszt wnioskowany do dofinansowania w zł.** | **Finansowe środki własne i z innych źródeł, w tym wpłaty i opłaty adresatów zadania**  | **Wkład osobowy,****w tym praca społeczna członków i świadczeń wolontariuszy** |
| **M** | **MERYTORYCZNE** | **...................zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1M.** |   |  |  |  |  |  |  |  |
| **2M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A** | **ADMINISTRACYJNE** | **................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **R** | **RZECZOWE** | **................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1R.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2R.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3R.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |  |  |  |

**3. EWENTUALNE DODATKOWE UWAGI DO KOSZTORYSU**

***UWAGA!*** *Należy podać dodatkowe informacje nieujęte w kosztorysie, istotne dla jego oceny. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są podać informację
o wysokości współfinansowania realizacji zadania przez każdego wnioskodawcę*

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ IV – MOŻLIWOŚCI REALIZACJI PROJEKTU W ODNIESIENIU DO POSIADANYCH ZASOBÓW**

1. **OPIS ZASOBÓW RZECZOWYCH WNIOSKODAWCY, KTÓRE ZOSTANĄ WYKORZYSTANE PRZY REALIZACJI PROJEKTU [[5]](#footnote-6)**

***UWAGA!*** *Należy szczegółowo określić zasoby rzeczowe wnioskodawcy przewidywane do wykorzystania przy realizacji projektu gwarantujące rzetelną realizacje zadania*

|  |
| --- |
|  |

**2. OPIS ZASOBÓW KADROWYCH WNIOSKODAWCY, KTÓRE ZOSTANĄ WYKORZYSTANE PRZY REALIZACJI PROJEKTU[[6]](#footnote-7)
*UWAGA!*** *Należy wskazać wszystkich realizatorów, których wynagrodzenia będą pokrywane w ramach projektu, niezależnie od źródła ich finansowania. Ocenie podlegać będzie spójność i szczegółowość przedstawionego wykazu z planowanymi działaniami i kalkulacją kosztów.*

*W przypadku ubiegania się o dofinansowanie realizacji działań w formie etatu lub jego części należy szczegółowo wskazać rodzaj i zakres godzinowy w odniesieniu do każdego działania.*

*Brak wskazania realizatora działania wymienionego w kosztorysie może skutkować nieprzyjęciem tego działania do realizacji, a w konsekwencji oddaleniem wniosku.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię nazwisko** | **Wykształcenie**(wyższe-kierunek/ w trakcie studiów-kierunek/ średnie) | **Informacje dotyczące kwalifikacji realizatora zapewniających prawidłowe wykonanie zadania,z uwzględnieniem szkoleń w zakresie uzależnień behawioralnych**(szkolenia wraz z podaniem nazw, organizatorów oraz daty ukończenia, certyfikaty, itp.) | **Forma zatrudnienia w projekcie.** (etat, umowa zlecenie, umowa o dzieło) |
| 1. |  |  |  | **Forma zatrudnienia:** ...................................... |
| 2. |  |  |  | **Forma zatrudnienia:** ...................................... |
| 3. |  |  |  | **Forma zatrudnienia:** ...................................... |

**3. OPIS DOŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY/ REALIZATORÓW W REALIZACJI DZIAŁAŃ PODOBNEGO TYPU**

***UWAGA!*** *Należy podać informację, czy wnioskodawca posiada doświadczenie w zakresie wykonywania projektów o podobnym charakterze, w tym dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. W przypadku braku doświadczenia wnioskodawcy, wymagane jest wskazanie doświadczenia poszczególnych realizatorów
w tabeli 3C. We wszystkich przypadkach wymagane jest aby doświadczenie było zgodne z zakresem zadania na które aplikuje wnioskodawca.*

**A. REALIZACJA PROJEKTÓW W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH Z FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH**

* Wnioskodawca nie otrzymał dotychczas dofinansowania
* Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie, zgodnie z informacjami w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Numer umowy** | **Numer zadania NPZ/ Nazwa zadania konkursowego**  | **Nazwa własna zadania** | **Wysokość otrzymanego dofinansowania** | **Krótki opis projektu**  | **Liczba odbiorców projektu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

**B. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI INNYCH PROJEKTÓW O PODOBNYM CHARAKTERZE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rok realizacji** | **Nazwa projektu**  | **Wysokość otrzymanego dofinansowania** | **Źródło finansowania projektu** | **Krótki opis projektu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

**C. DOŚWIADCZENIE REALIZATORÓW W ZAKRESIE PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH**

***UWAGA!*** *Należy wypełnić w przypadku wnioskodawców, których nie dotyczy tabela 3A lub 3B. Wymagane jest wskazanie doświadczeń poszczególnych realizatorów,
w szczególności w odniesieniu do działań realizowanych w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Realizator** | **Rok realizacji** | **Nazwa projektu** | **Krótki opis projektu** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

…………………………….. ………………………………………

Pieczęć wnioskodawcy/ wnioskodawców Data i podpis osoby/osób upoważnionych

 do składania oświadczeń woli

 w imieniu wnioskodawcy/ wnioskodawców

**CZĘŚĆ V – OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY[[7]](#footnote-8)**

W związku z ubieganiem się ………………………………………………………….………………………………………..……………….…..

 *(podać nazwę i adres wnioskodawcy)*

o dofinansowanie ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na realizację zadania konkursowego: *„Przeprowadzenie ewaluacji pilotażowego programu oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin”* w ramach zadania zgodnie z art. 88 ust. 4 pkt 3) ustawy o grach hazardowych „*Udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem”* zaplanowanego do wykonania w okresie od …………………………… do …………………………., składamy następujące oświadczenie:

Niżej podpisane osoby, posiadające prawo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy oświadczają, że ww. wnioskodawca:

1. Posiada rachunek bankowy w ……………………………………………………………………………………………………………
nr …………………………………………………………………………….…………., nie zajęty z jakiegokolwiek tytułu egzekucyjnego.
2. Nie zalega z płatnościami w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
3. Nie zalega z podatkami we właściwym dla organizacji Urzędzie Skarbowym.
4. Jest zdolny do terminowej spłaty ciążących na nim zobowiązań.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności wnioskodawcy.
2. Wnioskodawca posiada zasoby rzeczowe i kadrowe zapewniające prawidłowe wykonanie zadania.
3. Wnioskodawca jest związany niniejszym wnioskiem przez okres 60 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
4. W zakresie związanym z naborem wniosków, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie
z rozporządzeniem 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm., dalej: RODO) oraz ustawą
z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
5. Dane określone w części I niniejszego wniosku są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/właściwym rejestrem lub ewidencją.
6. Wszystkie podane we wniosku oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i nie naruszają praw osób trzecich.
7. **W przypadku przyjęcia wniosku do realizacji wnioskodawca zobowiązuje się do założenia wyodrębnionego rachunku bankowego, przeznaczonego wyłącznie do rozliczeń związanych z przyznaną dotacją.**
8. Wnioskodawca nie ubiega się o środki finansowe z innych źródeł na realizację działań zaplanowanych do realizacji w ramach niniejszego wniosku.

Osoby składające oświadczenie:

1. ……………………………………………………..

2. …………………………………………………….

…………………………………………………..

 Data i podpis osoby/osób składających oświadczenie

**KOMPLET SKŁADANEJ DOKUMENTACJI ZAWIERA:**

|  |
| --- |
| * **Wniosek i załączniki:**
 |
| 1 | Wniosek podpisany przez osobę/ osoby upoważnione |  |
| 2 | Płyta CD lub inny elektroniczny nośnik danych zawierające skan ostatecznej i podpisanej wersji wniosku oraz załącznika nr 1 do wniosku |  |
| 3 | Załącznik nr 1 do wniosku - Informacja na temat projektu |  |
| 4 | Recenzje, porozumienia lub inne dokumenty wymagane zgodnie z opisem zadania na które aplikuje wnioskodawca |  |
| 5 | Inne, istotne z punktu widzenia wnioskodawcy (wymienić jakie). |  |
| * **Dokumenty formalno-prawne**
 |
| 1 | Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji |  |
| 2 | Kopia aktualnego statutu/regulaminu lub umowy wnioskodawcy |  |
| 3 | Załącznik nr 2 do wniosku - Oświadczenia Wnioskodawcy |  |
| 4 | Załącznik nr 3 do wniosku – Oświadczenie o kwalifikowalności podatku od towarów i usług. |  |
| 5 | Załącznik nr 4 do wniosku – Oświadczenie o spełnianiu warunków służących zapewnianiu dostępności |  |
| 6 | Kopia porozumienia/umowy potwierdzającej podjęcie wspólnej realizacji zadania w przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/partnerstwo) |  |

**UWAGA!** Wnioskodawca zobowiązany jest do zweryfikowania poprawności i kompletności składanej dokumentacji oraz oznaczenia
w powyższej tabeli rodzaju dokumentu, który składa.

**Dokumenty formalno-prawne należy złożyć w odrębnym skoroszycie!**

1. wypełnia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii [↑](#footnote-ref-2)
2. W przypadku składania wniosku wspólnego każdy z podmiotów zobowiązany jest do wypełnienia odrębnie części I. wniosku. [↑](#footnote-ref-3)
3. Dotyczy wnioskodawców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą w formie jednoosobowej działalności lub spółki cywilnej. Do wypełnienia tej części zobowiązany jest każdy ze wspólników oddzielnie. [↑](#footnote-ref-4)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 r. w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz.U. 2017 r. poz. 2029)

 [↑](#footnote-ref-5)
5. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są podać informację o posiadanych zasobach rzeczowych zapewniających prawidłowe wykonanie zadania wszystkich wnioskodawców [↑](#footnote-ref-6)
6. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są podać informację o posiadanych zasobach kadrowych i kompetencjach osób zapewniających prawidłowe wykonanie zadania wszystkich wnioskodawców [↑](#footnote-ref-7)
7. Wnioskodawcy składający wniosek wspólny zobowiązani są do złożenia Części V odrębnie. [↑](#footnote-ref-8)