Załącznik nr 3

do ramowego wzoru umowy

**SPRAWOZDANIE**

**z realizacji zadania w ramach programu   
pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”**

**polegającego na utworzeniu i prowadzeniu Ośrodka Wsparcia i Testów**

Sprawozdanie należy wypełnić komputerowo.

Należy wypełnić poszczególne punkty sprawozdania lub wpisać „nie dotyczy”.

Każda strona sprawozdania musi być ponumerowana i parafowana przez Zleceniobiorcę.

Sprawozdanie składa się osobiście lub przesyła przesyłką poleconą na adres PFRON w terminie określonym w umowie (w przypadku sprawozdań składanych drogą pocztową, decyduje data stempla pocztowego).

Zleceniobiorca zobowiązany jest do załączenia sprawozdania w formie papierowej oraz w wersji elektronicznej.

|  |
| --- |
| Część I sprawozdania: Dane i informacje o Zleceniobiorcy |

**Nazwa i adres Zleceniobiorcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa (zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego) |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr posesji |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Nr telefonu stacjonarnego |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| E-mail |  |
| Nr i data umowy zawartej z PFRON |  |

|  |
| --- |
| **Część II sprawozdania: Sprawozdanie merytoryczne** |

# Informacja na temat działań zrealizowanych w okresie sprawozdawczym

**Uwaga!** W tabeli należy zamieścić informacje nt. działań realizowanych w okresie, którego dotyczy sprawozdanie

|  |  |
| --- | --- |
| Okres realizacji | Okres I 01.09.2022 r.- 31.12.2023 r. (16 miesięcy)/  Okres II 01.01.2024 r. – 31.12.2024 r. (12 miesięcy)\* |
| Nazwa działania: | 1. **Prezentowanie korzyści wynikających ze stosowania technologii asystujących w takich obszarach jak: komunikowanie się, dostęp do informacji, nauka, praca, rozwijanie hobby, zwiększenie aktywności życiowej, samodzielności i zaradności osobistej oraz dbałości o zdrowie.** |
| Nazwa wskaźnika: | Liczba osób z niepełnosprawnością, które skorzystały z oferty OWiT: |
| Wartość wskaźnika | - co najmniej 70 osób w I okresie realizacji,  - co najmniej 100 osób w II okresie realizacji, |
| Osiągnięta wartość wskaźnika |  |
| Opis realizacji działania. |  |
| Nazwa działania: | 1. **Świadczenie porad OzN w optymalnym wyborze, właściwych do aktualnych potrzeb technologii asystujących i ich prezentacja.** |
| Nazwa wskaźnika: | Liczba porad, które zostały udzielone osobom z niepełnosprawnościami w OWiT: |
| Osiągnięta wartość wskaźnika |  |
| Opis realizacji działania. |  |
| Nazwa działania: | 1. **Prowadzenie wstępnego instruktażu oraz wskazywanie potencjału wykorzystania technologii asystujących w życiu codziennym lub pomoc OzN w wyszukaniu stosowanych szkoleń w tym zakresie.** |
| Nazwa wskaźnika: | Liczba porad, które zostały udzielone osobom z niepełnosprawnościami w OWiT: |
| Osiągnięta wartość wskaźnika |  |
| Opis realizacji działania. |  |
| Wartość wskaźnika dla działań 2 i 3 | - co najmniej 130 porad udzielonych w I okresie realizacji,  - co najmniej 200 porad udzielonych w II okresie realizacji, |
| Osiągnięta wartość wskaźnika dla działań 2 i 3 |  |
| Nazwa działania: | 1. **Świadczenie porad członkom rodzin OzN i ich opiekunom, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących wykorzystania technologii asystujących** |
| Nazwa wskaźnika: | Liczba porad udzielonych członkom rodzin osób z niepełnosprawnością lub ich opiekunom w OWiT: |
| Wartość wskaźnika | - co najmniej 30 porad udzielonych w I okresie realizacji,  - co najmniej 50 porad udzielonych w II okresie realizacji, |
| Osiągnięta wartość wskaźnika |  |
| Opis realizacji działania. |  |

# \*wybrać właściwe

# Informacja nt. wykorzystania urządzeń, sprzętu i oprogramowania

Uwaga! W tabeli należy zamieścić informacje nt. wykorzystania urządzeń, sprzętu i oprogramowania   
w okresie, którego dotyczy sprawozdanie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Liczba urządzeń, sprzętu  i oprogramowania, które wykorzystano do instruktażu | Liczba urządzeń, sprzętu  i oprogramowania, które zostały wypożyczone | Uwagi |
| 1. |  |  |  |

# Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie części merytorycznej sprawozdania

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Część III sprawozdania: Sprawozdanie finansowe** |

1. **Informacje ogólne**

Uwaga! Należy podać dane dotyczące środków wydatkowanych w okresie, którego dotyczy sprawozdanie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Całkowite koszty działań (koszty kwalifikowalne oraz koszty, które zgodnie z warunkami kwalifikowalności kosztów nie mogą zostać wykazane w budżecie zadania): | zł |
|  | słownie złotych |  |
| B. | Koszty realizacji zadania w obszarze kosztów kwalifikowalnych: | zł |
|  | słownie złotych |  |
| C. | Kwota przekazana przez PFRON | zł |
|  | słownie złotych |  |
| D. | Kwota środków PFRON wykorzystana na realizację programu | zł |
|  | słownie złotych |  |
| D.1 | w tym (z „D.”) koszty bieżące | zł |
|  | słownie złotych |  |
| D.2 | w tym (z „D.”) koszty inwestycyjne | zł |
|  | słownie złotych |  |
| E. | Kwota dofinansowania zwrócona na rachunek bankowy PFRON (środki niewykorzystane – o ile dotyczy) | zł |
|  | słownie złotych |  |
|  | Data zwrotu środków (dzień, miesiąc, rok) |  |
| F. | Kwota odsetek bankowych powstałych na rachunku bankowym Zleceniobiorcy wydzielonym dla środków otrzymywanych z PFRON, zwrócona na rachunek bankowy PFRON (o ile dotyczy) | zł |
|  | słownie złotych |  |
|  | Data zwrotu środków (dzień, miesiąc, rok) |  |
| G. | Jako personel administracyjny i merytoryczny zadania zatrudnione zostały także osoby z niepełnosprawnością (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”) | Tak: |
|  |  | Nie: |

1. **Informacja nt. realizacji kosztów zaplanowanych we wniosku**

Proszę wypełnić załącznik do Sprawozdania z realizacji zadania w ramach programu pn. "Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością" – Zestawienie kosztów realizacji zadania (KOSZTY ADMINISTRACYJNE rozliczane ryczałtem).

1. **Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie realizacji budżetu zadania**

|  |
| --- |
|  |

**Dane osoby upoważnionej do składania dodatkowych wyjaśnień w sprawie informacji zawartych w sprawozdaniu**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Zleceniobiorcy i zaciągania zobowiązań finansowych**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data, pieczątka imienna | Data, pieczątka imienna |