Załącznik nr 1

Do Umowy nr.....................................

z dnia..................................................

# Szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy dodatkowego wsparcia dla osób niepełnosprawnych, uruchomionego w 2021 roku w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej stanem epidemii wywołanym wirusem SARS-Cov-2

**Uwaga! Należy wypełnić dla każdego rodzaju wsparcia oddzielnie (zgodnie z wnioskiem złożonym do PFRON)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. | Opis rodzaju wsparcia (formy i zakres) |  |
| 1.2. | Opis docelowej grupy adresatów wsparcia (osób niepełnosprawnych) |  |
| 1.3. | Łączna wysokość wydatków planowanych na realizację wsparcia | (w zł) |
| 1.4. | Planowana liczba osób niepełnosprawnych objętych wsparciem |  |
| 1.5. | Planowana liczba osób z otoczenia osób niepełnosprawnych objętych wsparciem wraz z wyszczególnieniem grupy docelowej (o ile dotyczy) |  |
| 1.6. | Termin uruchomienia wsparcia (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 1.7. | Termin zakończenia wsparcia (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 1.8. | Realizator wsparcia (jednostka organizacyjna samorządu) |  |

**Wykaz wydatków planowanych na realizację wsparcia (budżet)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wydatku | Podstawa kalkulacji | Ogółem w zł | Ze środków PFRON w zł |
| 1.9.1 |  |  |  |  |
| 1.9.2 |  |  |  |  |
| 1.9.3 |  |  |  |  |
|  | Ogółem w zł: |  |  |  |

**Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| PFRON | Wnioskodawca |