|  |
| --- |
| …………………………….  Pieczęć Podmiotu  **SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADANIA**  **w ramach**  **Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3**  ***„MALUCH+”* 2020 – moduł 3** |

**I. INFORMACJE OGÓLNE:**

1. Nazwa i adres Podmiotu:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

2. Nazwa i adres instytucji objętej zadaniem:

(zgodnie z wpisem do Rejestru Żłobków)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

3. Numer i data zawarcia umowy w sprawie udzielenia wsparcia finansowego na realizację zadania.

……………………………………………………………………………………………………………

4. Kwota dofinansowania wynikająca z umowy

(z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksami):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dotacja | Fundusz Pracy |
| **Środki z dotacji / Funduszu Pracy na utworzenie miejsc opieki**  z tego: |  |  |
| - koszty majątkowe |  |  |
| - koszty bieżące |  |  |

5. Okres realizacji zadania: od ………………………………… do ………………………………..

a) termin rozpoczęcia i zakończenia prac związanych z tworzeniem nowych miejsc:

od ……………………………………….. do ………………………………………….

**II. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE**

1. Forma opieki nad dziećmi w wieku do lat 3\*/

|  |  |
| --- | --- |
| Żłobek |  |
| Klub dziecięcy |  |
| Dzienny opiekun |  |

\*/ należy zaznaczyć właściwą instytucję

2. Wpis instytucji do właściwego rejestru:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Data wpisu instytucji / utworzonych miejsc opieki do właściwego rejestru | Liczba miejsc |
|  |  |  |

3. **Utworzenie** nowych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Żłobek | | Klub dziecięcy | | Opiekun dzienny | |
| Planowanych do utworzenia | Utworzonych | Planowanych do utworzenia | Utworzonych | Planowanych do utworzenia | Utworzonych |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Liczba miejsc w instytucji z udziałem Programu Maluch+ 2020 |  |  |  |  |  |  |
| *1.1* | *w tym dla dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki* |  |  |  |  |  |  |

**III. SPRAWOZDANIE FINANSOWE**

1. Rozliczenie kosztów

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** (zgodnie z kosztorysem) | **Wartość ogółem** | **UTWORZENIE** | | | |
| **Koszty majątkowe** | | **Koszty bieżące** | |
| **Dotacja / Fundusz Pracy** | **Wkład własny** | **Dotacja / Fundusz Pracy** | **Wkład własny** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |

1. Rozliczenie ze względu na źródło finansowania zadania

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** |  | **Plan** (zgodnie z umową) | **Wykonanie** | **% udział w kosztach zadania** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| **I.** | **UTWORZENIE** | | | |  |
| I.1 | Całkowity koszt zadania, w tym: | |  |  | 100 |
| a) | Koszty pokryte z dotacji / Funduszu Pracy | majątkowe |  |  |  |
| b) | bieżące |  |  |
| c) | Koszty pokryte ze środków własnych i zrównanych z nimi | majątkowe |  |  |  |
| d) | bieżące |  |  |

1. Rozliczenie otrzymanych środków finansowych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **UTWORZENIE** | |
| **majątkowe** | **bieżące** |
| 1 | Kwota przyznanej dotacji / środków Funduszu Pracy (zgodnie z umową i z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksami) |  |  |
| 2 | Przekazana łączna kwota dotacji / środków Funduszu Pracy |  |  |
| 3 | Wykorzystana kwota dotacji / środków Funduszu Pracy |  |  |
| 4. | Kwota środków podlegająca zwrotowi (niewykorzystane środki + należne odsetki) |  |  |
| 4a. | w tym: niewykorzystane środki |  |  |
| 5. | data zwrotu dotacji / środków Funduszu Pracy na rachunek Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego |  |  |

4. Dodatkowe wyjaśnienia do realizacji zadania i rozliczenia finansowego:

|  |
| --- |
|  |

**Zestawienie faktur - dotyczące dofinansowania\*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Numer dokumentu księgowego | Data dokumentu księgowego | Numer pozycji kosztorysu | Nazwa wydatku | Kwota | | | Data zapłaty |
|  |  |  |
| ogółem | kwalifikowana do zadania | pokryta z dofinansowania |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |

Załączniki:

1. …………………………..
2. ………………………….

………………………………………………………………

(podpis Beneficjenta lub osoby upoważnionej)

**OBJAŚNIENIA:**

\*) – Do sprawozdania nie należy załączać faktur (rachunków lub innych dokumentów). Dokumenty winny być opatrzone trwałym opisem zawierającym informacje o przeznaczeniu zakupu (usługi itp.) i źródłach jego finansowania, ze szczególnym uwzględnieniem wysokości środków pobranych z dotacji lub Funduszu Pracy w Programie Maluch + 2020.

Sprawozdanie należy złożyć w wersji papierowej lub za pośrednictwem platformy ePUAP do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w terminach określonych w umowie na realizację zadania. O zachowaniu terminu złożenia sprawozdania decyduje data wpływu do Urzędu, a w przypadku przesłania pocztą – data stempla pocztowego.