**Sprawozdanie okresowe/końcowe[[1]](#footnote-1) centrum integracji społecznej**

**z wydatkowania dotacji na wyposażenie oraz działalność**

**Część opisowa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa CIS** |  |
| **Siedziba CIS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer i data porozumienia** |  |
| **Kwota dotacji** |  |
| **Okres realizacji** |  |

1. **RODZAJ ZADANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie** | **Nazwa zadania** | | **Kwota przyznanej dotacji** |
|  | **Dotacja na pierwsze wyposażenie** | **Tak ☐ Nie ☐** |  |
|  | **Dotacja na działalność przez okres pierwszych 3 miesięcy** | **Tak ☐ Nie ☐** |  |
| **Łącznie:** | | |  |

1. **DANE INSTYTUCJI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa |  |
| 2. | NIP |  |
| 3. | Regon |  |
| 3. | Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość, telefon, fax,  e-mail) |  |
| 4. | Nazwa Instytucji |  |
| ☐Jednostka samorządu terytorialnego, w formie:  ☐jednostki budżetowej  ☐samorządowego zakładu budżetowego | |
| ☐Organizacja pozarządowa | |
| ☐Spółdzielnia socjalna | |
| ☐Kościelna osoba prawna | |
| ☐inne | |
| 5. | Data przyznania statusu centrum (data wydania przez wojewodę decyzji administracyjnej  o przyznaniu statusu) |  |
| 6. | Data rozpoczęcia działalności |  |
| 7. | Forma prawna w jakiej utworzono centrum (dotyczy tylko CIS tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego) |  |

1. **SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE**
2. Liczba uczestników objętych działaniami CIS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Struktura uczestników** | | | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba osób, które** | | |
| **Uczestnicy zajęć ogółem** | | **rozpoczęły zajęcia** | **uczestniczyły  w zajęciach** | **ukończyły zajęcia** |
| 1 | Osoby bezdomne realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów pomocy społecznej |  |  |  |
| 2 | Osoby uzależnione od alkoholu (wymóg obligatoryjny) |  |  |  |
| 3 | Osoby uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających |  |  |  |
| 4 | Osoby chore psychicznie  w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego |  |  |  |
| 5 | Osoby długotrwale bezrobotne w rozumieniu przepisów  o promocji zatrudnienia  i instytucjach rynku pracy |  |  |  |
| 6 | Osoby zwalniane z zakładów karnych, mające trudności  w integracji ze środowiskiem  w rozumieniu przepisów  o pomocy społecznej |  |  |  |
| 7 | Uchodźcy realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej |  |  |  |
| 8 | Osoby niepełnosprawne  w rozumieniu przepisów  o rehabilitacji zawodowej  i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych |  |  |  |

1. Jakie warsztaty zostały uruchomione w ramach działalności wytwórczej, handlowej, usługowej? Proszę opisać ich zakres, skalę działalności, odbiorców, itp. Jeśli nie zostały uruchomione warsztaty zapisane we wniosku, proszę opisać, dlaczego?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj działalności wytwórczej, handlowej i usługowej** | **Opis** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

1. Opis zajęć reintegracji społecznej i zawodowej jakie zostały przeprowadzone w okresie realizacji zadania (liczba godzin, liczba grup, uczestników, opis programów, itp.)

|  |
| --- |
|  |

1. Opis realizacji planu rozwoju działalności wytwórczej, handlowej i usługowej - strategii marketingowej

|  |
| --- |
|  |

1. Opis w jaki sposób dofinansowanie wpłynęło na możliwość utworzenia i działalności CIS.

|  |
| --- |
|  |

1. Zakładane rezultaty

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**CZĘŚĆ II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2)   Zestawienie faktur (rachunków) związanych z realizacją zadania za rok 2020 r.** | | | | | | | | |
| **Nazwa kosztu i numer działania zgodnie z tabelą kosztów** | **Nr dokumentu księgowego** | **Data wystawienia dokumentu księgowego** | **Wartość całkowita faktury (rachunku)** | **Źródło finansowania kosztów** | | | **Data zapłaty (nie może być wcześniejsza niż data wystawienia dokumentu)** |
| **poniesiony ze środków pochodzących z dofinansowania** | **z innych środków finansowych** | **całkowity koszt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie poniesionych wydatków w związku z realizacją zadania** | **Faktycznie poniesione wydatki**  **(w zł)** | | | **Uwagi** |
| z dotacji | ze środków finansowych Beneficjenta | koszt całkowity |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |  |  |

Oświadczam, że:

1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Beneficjenta;

2) wszystkie informacje podane w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;

3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione na realizację zadania i w terminie wskazanym w umowie;

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

Data i podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w zakresie zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawców.

W przypadku podpisów nieczytelnych należy czytelnie podać imię i nazwisko osoby podpisującej

1. *\*niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)