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

(pieczęć jednostki organizacyjnej) (data i miejsce złożenia wniosku)

**WNIOSEK   
 O DOFINANSOWANIE ZADANIA REALIZOWANEGO W RAMACH GMINNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII**

**I. Dane jednostki organizacyjnej/firmy/ngo składającej wniosek:**

1. Nazwa jednostki ………………………………………………………………………..
2. Forma *organizacyjna ……………………………………………………………….......*
3. *Adres* ………………………………………………………………………………........

numer telefonu ……………………………….. e-mail ………………………………

1. Imię i nazwisko osoby kierującej jednostką ..……………….....................................................
2. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację merytoryczną
3. zadania .…………………………………………………………………………………………..

**II. Opis zadania**

1. Nazwa własna zadania

|  |
| --- |
|  |

2. Termin i miejsce wykonywania zadania

|  |
| --- |
|  |

3. Cel zadania

|  |
| --- |
|  |

4. Liczba adresatów zadania

|  |
| --- |
|  |

5. Szczegółowy opis zadania (spójny z kosztorysem)

|  |
| --- |
|  |

6. Etapy i harmonogram planowanych działań

|  |
| --- |
|  |

7. Zakładane rezultaty realizacji zadania

|  |
| --- |
|  |

**III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania**

1. Całkowity koszt zadania …………………………..

Z tego wysokość wnioskowanych środków finansowych ……………………..

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów związanych z realizacją zadania** | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy** | **Rodzaj miary** | **Koszt**  **całkowity**  **(w zł)** | **Z tego z wnioskowanego dofinansowania (w zł)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem |  |  |  |  |  |  |

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu: ……………………...………………...

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

1. Ewentualny pozafinansowy wkład własny w realizację zadania (rzeczowy np. lokal, sprzęt, materiały oraz osobowy np. wolontariusze)

|  |
| --- |
| Rzeczowy: |
| Osobowy: |

1. Dotychczasowe doświadczenia w realizację zadań podobnego rodzaju:

|  |
| --- |
|  |

1. Imienny wykaz realizatorów zadania wraz z informacją o kwalifikacjach realizatorów zadania

|  |
| --- |
|  |

1. Sposób dokonywania ewaluacji zadania

|  |
| --- |
|  |

**Załączniki:**

1. Program profilaktyczny jednostki organizacyjnej ( jeśli jednostka posiada ) lub wyciąg ze Statutu o realizacji zadań profilaktycznych
2. Kwalifikacje realizatorów zadania
3. Inne…\*

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

(miejscowość, data) (podpisy osób upoważnionych)

\* załączniki należy składać w formie kserokopii potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione