Załącznik nr 2 do Regulaminu udzielania, przekazywania   
i rozliczania pomocy finansowej z budżetu Województwa Mazowieckiego w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Kobiety „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”

Miejscowość …………….. data ……………

# WNIOSEK o przyznanie pomocy finansowej z budżetu Województwa Mazowieckiego w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Kobiety „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”

# Dane powiatu/miasta składającego wniosek, które mają być uwzględnione w umowie

* 1. Nazwa powiatu/miasta na prawach powiatu:
  2. Osoba uprawniona do reprezentowania powiatu/miasta na prawach powiatu:
  3. Dokładny adres urzędu powiatu/miasta na prawach powiatu (ulica, miejscowość, kod pocztowy):
  4. NIP i REGON powiatu/miasta na prawach powiatu:

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

* 1. Dane kontaktowe jednostki (telefon, e-mail, adres strony internetowej, adres e-puap):

tel.: e-mail:

strona internetowa:

e-puap:

* 1. Liczba miejscowości/dzielnic (dotyczy m. st. Warszawa), których dotyczy wniosek (maksymalnie trzy):
  2. Nazwy miejscowości/dzielnic (dotyczy m. st. Warszawa), których dotyczy wniosek:
  3. Numer rachunku bankowego, na który zostanie przekazana dotacja wraz z nazwą banku:
  4. Imię i nazwisko, numer telefonu i adres e-mail koordynatora zadania w powiecie/mieście na prawach powiatu:

tel.: e-mail:

# Informacje dotyczące realizowanego zadania

* 1. Nazwa zadania:
  2. Opis potrzeb wskazujących na celowość realizacji zadania w tym korzyści wynikające z realizowanego zadania:
  3. Liczba i opis odbiorców zadania
  4. Szczegółowy opis zadania:
  5. Partnerstwo i współdziałanie z innymi podmiotami działającymi w obszarze objętym zadaniem:

TAK  NIE , jeżeli tak to proszę podać liczbę podmiotów:

* 1. Osobom ze szczególnymi potrzebami zostanie zapewniona dostępność zgodnie z zasadami zawartymi w § 8 Regulaminu 🗌TAK 🗌NIE
  2. Wnioskuję o przyznanie z budżetu Województwa Mazowieckiego w 2023 roku dotacji celowej w wysokości: zł, co stanowi …..% wartości zadania.
  3. Wkład własny w kosztach kwalifikowanych: zł, co stanowi …..% wartości zadania.
  4. Szczegółowa kalkulacja kosztów kwalifikowanych zadania:

Nazwa miejscowości:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj kosztu** | | **Koszt jednostkowy (w zł)** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity zadania  (w zł)** | **Koszt  pomocy finansowej Samorządu Województwa Mazowieckiego (w zł)** | **Koszt ze środków własnych powiatu (w zł)** | **% UDZIAŁ POMOCY FINANSOWEJ Samorządu Województwa Mazowieckiego w stosunku do kosztu całkowitego zadania (należy odnieść się do ogólnej kwoty pomocy finansowej, a nie tej z danej pozycji)** |
| **1** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
| **2** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
| **3** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
|  | |  |  | **Razem** | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |

Nazwa miejscowości:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj kosztu** | | **Koszt jednostkowy (w zł)** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity zadania  (w zł)** | **Koszt  pomocy finansowej Samorządu Województwa Mazowieckiego (w zł)** | **Koszt ze środków własnych powiatu (w zł)** | **% UDZIAŁ POMOCY FINANSOWEJ Samorządu Województwa Mazowieckiego w stosunku do kosztu całkowitego zadania (należy odnieść się do ogólnej kwoty pomocy finansowej, a nie tej z danej pozycji)** |
| **1** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
| **2** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
| **3** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
|  | |  |  | **Razem** | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |

Nazwa miejscowości:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj kosztu** | | **Koszt jednostkowy (w zł)** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity zadania  (w zł)** | **Koszt  pomocy finansowej Samorządu Województwa Mazowieckiego (w zł)** | **Koszt ze środków własnych powiatu (w zł)** | **% UDZIAŁ POMOCY FINANSOWEJ Samorządu Województwa Mazowieckiego w stosunku do kosztu całkowitego zadania (należy odnieść się do ogólnej kwoty pomocy finansowej, a nie tej z danej pozycji)** |
| **1** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
| **2** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
| **3** | | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |
|  | |  |  | **Razem** | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) | (do wypełnienia) |

|  |  |
| --- | --- |
| Starosta/Burmistrz/Prezydent/Osoba upoważniona | Skarbnik Wnioskodawcy/Osoba upoważniona |
| Podpis elektroniczny zamieszczony  w sposób widoczny na dokumencie | Podpis elektroniczny zamieszczony  w sposób widoczny na dokumencie |
| Uwaga: W przypadku podpisu przez osobę upoważnioną, wymagane jest dołączenie stosownego upoważnienia do podpisania wniosku w ramach zadania „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”. | |

# **DEKLARACJE I OŚWIADCZENIA**

**Oświadczamy, że:**

1. wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
2. składając wniosek na realizację Zadania w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Kobiety „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”*,* zobowiązujemy się do pokrycia z własnych środków wymaganego wkładu własnego zgodnie z warunkami Zadania, określonymi w Regulaminie;
3. zadanie zostanie zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o zdrowiu publicznym, oraz ustawy pzp;
4. świadczenia realizowane w ramach Zadania (jeśli dotyczy):
   1. nie będą sfinansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych środków publicznych;
   2. nie będą realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej;
   3. będą realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi.
5. Zadanie zostanie zrealizowane zgodnie z wytycznymi zawartymi w Regulaminie do niniejszego zadania.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………..  Starosta/Burmistrz/Prezydent/Osoba upoważniona | …………………………………….  Skarbnik Wnioskodawcy/Osoba upoważniona |
| Podpis elektroniczny zamieszczony  w sposób widoczny na dokumencie | Podpis elektroniczny zamieszczony  w sposób widoczny na dokumencie |
|  |  |

# KALUZULA INFORMACYJNA

* 1. Uprzejmie informujemy, że administratorem danych osobowych osób reprezentujących Wnioskodawcę oraz osób wskazanych przez Wnioskodawcę do kontaktu/koordynatora zadania jest Województwo Mazowieckie, którego dane kontaktowe to:

Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie

ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa

tel. (22) 59-79-100, email: urzad\_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP: /umwm/SkrytkaESP.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iod@mazovia.pl.

* 1. Dane osobowe:
  2. osób reprezentujących Wnioskodawcę będą przetwarzane na podstawie obowiązku prawnego, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wynikającego z  przepisów prawa określających umocowanie do reprezentowania – w zakresie ważności umów i właściwej reprezentacji stron. Podanie tych danych jest warunkiem zawarcia umowy lub ważności podejmowanych czynności;
  3. osób wskazanych przez Wnioskodawcę do kontaktu i koordynacji Zadania (imię i nazwisko, służbowe dane kontaktowe, miejsce pracy) będą przetwarzane w prawnie uzasadnionym interesie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w celu zawarcia i realizacji umowy oraz rozliczenia końcowego z zawartej umowy;
  4. mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
  5. będą przechowywane nie dłużej niż to wynika z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. W granicach i na zasadach opisanych w przepisach prawa, osobom, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, przysługuje prawo żądania: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto osobom, wskazanym przez Wnioskodawcę jako osoby do kontaktu i koordynacji Zadania, przysługuje również prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wynikającego ze szczególnej sytuacji.

1. Wnioskodawca jest zobowiązany do przekazania zapisów niniejszej klauzuli wszystkim osobom fizycznym wymienionym   
   w ust. 1 i 2.