

Miejscowośćdata

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE
z wykonania Zadania realizowanego w ramach
Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Mazowsza
„Mazowsze dla Zdrowia 2024”

I. CZĘŚĆ INFORMACYJNA:

- 1. Realizator Zadania:**
- 2. Tytuł zadania:**
- 3. Numer umowy: Data zawarcia umowy:**
- 4. Dane Beneficjenta:**

Nazwa powiatu/miasta:

adres: powiat:

pocztą: kod:

NIP: REGON:

e-mail: telefon:

II. CZĘŚĆ MERYTORYCZNA:

- 1. Nazwa zadania i miejsce jego realizacji:**

- 2. Opis zrealizowanego zadania** (opis zadania i jego specyfiki z uwzględnieniem liczby beneficjentów, w tym opisu w jakim stopniu zadanie zostało zrealizowane oraz wyjaśnienie ewentualnych odstępstw w jego realizacji, spełnienie obowiązku informacyjnego wynikającego z umowy).

3. **Szczegółowy opis osiągniętych celów, przydatności i korzyści społecznych jakie wynikły z realizowanego zadania** (należy opisać jakie cele, przydatność i korzyści społeczne osiągnięto w ramach realizacji zadania oraz w jaki sposób realizacja zadania wpłynęła na grupę odbiorców):

1. Spełniono obowiązek informacyjny zgodnie z zasadami zawartymi w § 12 Regulaminu:
TAK ☐ NIE ☐
2. Osobom ze szczególnymi potrzebami zapewniono dostępność zgodnie z zasadami zawartymi w § 8 Regulaminu: TAK ☐ NIE ☐

III. CZĘŚĆ FINANSOWA:

4. **Rozliczenie całkowitych kosztów (kwalifikowalnych i niekwalifikowalnych) realizacji zadania wynikających z zawartej umowy:**

Lp .	Źródła finansowania zadania zgodnie z umową:	Kwota [zł]
1.	Środki własne Beneficjenta	
2.	Środki finansowe przyznane na realizację zadania	
3.	- inne:	

5. Zaktualizowanie kwoty pomocy finansowej na podstawie faktycznych kosztów kwalifikowalnych:

Lp.	Wyszczególnienie	Kwota [zł]	%
1.	całkowita kwota kosztów kwalifikowalnych poniesionych na realizację zadania, od której liczona jest pomoc finansowa, w tym:		100%
	a) kwota wkładu własnego Beneficjenta wyliczona na podstawie faktycznych kosztów kwalifikowalnych poniesionych na realizację zadania i zadeklarowanego minimalnego procentu udziału własnego wskazanego w umowie		
	b) zaktualizowana kwota środków finansowych wyliczonych na podstawie faktycznych kosztów kwalifikowalnych poniesionych na realizację zadania, z uwzględnieniem wnioskowanego maksymalnego procentowego udziału pomocy finansowej wskazanego w umowie		

IV. ZBIORCZE ZESTAWIENIE FAKTUR:

Lp.	Data wystawienia dokumentu księgowego	Numer dokumentu księgowego	Nazwa wydatku (opis wydatku na dokumencie księgowym powinien umożliwić identyfikację kosztu we wniosku)	Wartość całkowita dokumentu księgowego [zł]	Koszt kwalifikowalny pochodzący z przyznanej pomocy finansowej [zł]	Koszt kwalifikowalny pochodzący ze środków własnych [zł]	Data dokonania zapłaty [dd-mm-rrrr]
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
RAZEM:				(do wypełnienia)	(do wypełnienia)		(do wypełnienia)

UWAGI:

V. OŚWIADCZENIA:

Oświadczamy, że:

- 1)** Zadanie zostało zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych;
- 2)** wszystkie wykazane w zbiorczym zestawieniu faktur faktury/rachunki/i inne dokumenty księgowe są faktycznym potwierdzeniem działań i zakupów, które zostały wykonane, a wymienione w nich kwoty zostały faktycznie wydatkowane;
- 3)** wszystkie podane w sprawozdaniu informacje są zgodne ze stanem faktycznym;
- 4)** Zadanie zostało zrealizowane zgodnie z wytycznymi zawartymi w Regulaminie do niniejszego zadania;
- 5)** świadczenia realizowane w ramach Zadania (jeśli dotyczy):
 - a.** nie były sfinansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych środków publicznych;
 - b.** nie były realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej;
 - c.** były realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi.
- 6)** uzyskano akceptację projektów materiałów promocyjnych, edukacyjnych, itp. pod względem zastosowania Herbu Województwa Mazowieckiego oraz logo Marki Mazowsze zgodnie z zapisami zawartymi w Regulaminie do niniejszego zadania.

Beneficjent/Osoba upoważniona
Podpis elektroniczny zamieszczony

w sposób widoczny na dokumencie

Skarbnik Beneficjenta/Osoba upoważniona
Podpis elektroniczny zamieszczony

w sposób widoczny na dokumencie

VI. ADNOTACJA URZĘDOWE (wypełnia Departament):

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE SPRAWDZONO POD WZGLĘDEM MERYTORYCZNYM ORAZ
FORMALNYM I RACHUNKOWYM

PRYZNANA POMOC FINANSOWA ZGODNIA Z UCHWAŁĄ: ZŁ

ZATWIERDZONA KWOTA KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH (ŚRODKI POCHODZĄCE Z

PRYZNANEJ POMOCY FINANSOWEJ I WŁASNE): ZŁ

ZATWIERDZONA ZAKTUALIZOWANA KWOTA POMOCY FINANSOWEJ: ZŁ,

CO STANOWI % KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH.

UWAGI:

.....
(data i podpis pracownika)

.....
(data i podpis pracownika nadzorującego)

.....
(data i podpis Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora Departamentu)