[](https://www.eog.gov.pl/) Załącznik do Wytycznych dot. trwałości

**PROGRAM PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno- epidemiologicznych**

**SPRAWOZDANIE ZA ROK…….**

**DOTYCZĄCE OKRESU TRWAŁOŚCI PROJEKTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NR PROJEKTU |  | | |
| NR I DATA UMOWY WS. PROJEKTU |  | | |
| TYTUŁ PROJEKTU |  | | |
| BENEFICJENT |  | | |
| ADRES POCZTOWY |  | | |
| NR TELEFONU |  | NR FAKSU |  |
| OSOBA REPREZENTUJĄCA BENEFICJENTA |  | MAIL |  |
| ADRES STRONY INTERNETOWEJ PROJEKTU |  | | |
| CZY ZASZŁY ZMIANY W FORMIE PRAWNEJ BENEFICJENTA OD MOMENTU ZŁOŻENIA OSTATNIEGO RAPORTU DO OPERATORA PROGRAMU? (jeśli TAK, należy opisać zmiany i ich przyczyny) |  | | |
| CZY PROJEKT REALIZOWANY BYŁ W PARTNERSTWIE? (jeśli TAK, należy podać pełne nazwy Partnerów) |  | | |
| DATA ZAKOŃCZENIA PROJEKTU |  | | |
| DATA ZATWIERDZENIA SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO |  | KOŃCOWA DATA UTRZYMANIA CELÓW PROJEKTU ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY/ WS. REALIZACJI PROJEKTU |  |

1. ZOBOWIĄZANIA BENFICJENTA PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI PROJEKTU ORAZ ROZPOWSZECHNIANIENIE REZULTATÓW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK/NIE/ND | Dodatkowe wyjaśnienia |
| 1. Czy Beneficjent w okresie sprawozdawczym nadal funkcjonuje w publicznym systemie finansowania świadczeń zdrowotnych, tj. posiada kontrakt z NFZ lub finansuje działalność z innych świadczeń zdrowotnych (dot. podmiotów prowadzących działalność leczniczą) lub w publicznym systemie finansowania świadczeń pomocy społecznej (dotyczy DPS)? |  |  |
| 1. Czy sprzęt zakupiony w ramach projektu pozostaje własnością Beneficjenta, a mienie objęte pracami budowlanymi pozostaje w jego dyspozycji oraz czy było w okresie sprawozdawczym prawidłowo utrzymane i użytkowane zgodnie z celami projektu określonymi we wniosku aplikacyjnym ? |  |  |
| 1. Czy Beneficjent ubezpieczył mienie zakupione oraz objęte pracami budowlanymi w ramach projektu przed stratami spowodowanymi pożarem, kradzieżą i innymi podlegającymi ubezpieczeniu zdarzeniowym ? |  | Nr polisy ubezpieczeniowej:  Okres obowiązywania polisy: |
| 1. W jaki sposób wykorzystywane jest mienie zakupione lub objęte pracami budowlanymi w ramach projektu? |  |  |
| 1. Czy Beneficjent utworzył fundusz na utrzymanie projektu po jego realizacji i dokonał wpłaty na fundusz na bieżący okres rozliczeniowy? |  | Nr wyodrębnionego rachunku bankowego funduszu.  Wysokość kwoty przekazanej w roku sprawozdawczym.  Wysokość środków zgromadzonych na koncie na 31 grudnia roku sprawozdawczego. |
| 1. Jaki procent środków z funduszu na dany rok został wykorzystany? |  |  |
| 1. Czy Beneficjent archiwizuje dokumenty związane z realizacją projektu w sposób gwarantujący należyte bezpieczeństwo? |  |  |
| 1. Czy wystąpiły problemy dotyczące utrzymania trwałości? |  |  |
| 1. Czy podejmowano działania mające na celu wymianę doświadczeń i dobrych praktyk? Jeżeli tak, to jakie? |  |  |
| 1. Czy nawiązane partnerstwo w trakcie realizacji projektu jest kontynuowane? |  |  |
| 1. Czy działania projektowe znalazły kontynuacje w ramach innych projektów/inicjatyw? |  |  |

1. DZIAŁANIA ZREALIZOWANE W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM ZE ŚRODKOW FUNDUSZU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer działania | Opis działań, na które wydatkowano środki | Wysokość wydatkowanych środków  (PLN) |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM | | | 0,00 |

1. KWALIFIKOWALNOŚĆ PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG (VAT), EWENTUALNE PRZYCHODY PROJEKTU PO ZAKOŃCZENIU JEGO REALIZACJI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zagadnienie | TAK/NIE | Dodatkowe wyjaśnienia |
| Jeśli VAT był kosztem kwalifikowalnym, to czy wystąpiły zmiany, które wpłynęły lub mogą wpłynąć na możliwość odzyskania podatku VAT w związku ze zrealizowanym projektem? (jeśli TAK, należy określić kwotę podatku VAT możliwego do odzyskania oraz opisać okoliczności, z których wynika możliwość jego odzyskania) |  |  |

1. AUDYTY, KONTROLE ORAZ NIEPRAWIDŁOWOŚCI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zagadnienie | TAK/NIE | Dodatkowe wyjaśnienia |
| 1. Czy w okresie sprawozdawczym projekt był kontrolowany przez zewnętrzne podmioty do tego upoważnione (Krajowy Punkt Kontaktowy, Instytucję Audytu, której funkcję pełni Minister Finansów lub inną upoważnioną instytucję krajową oraz Komitet Mechanizmu Finansowego EOG, Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych lub jednostkę upoważnioną do działania w ich imieniu, a także Komisję Audytorów EFTA i Biuro Norweskiego Audytora Generalnego.)? (jeśli TAK, należy podać termin i zakres kontroli, instytucję, wskazać zalecenia/rekomendacje oraz termin ich wdrożenia) |  |  |
| 1. Czy w okresie sprawozdawczym w projekcie zidentyfikowano nieprawidłowości? (jeśli TAK, należy podać, czego dotyczyły oraz jakie podjęto działania zaradcze) |  |  |
| 1. Czy w okresie sprawozdawczym toczyło się postępowanie przed organami ścigania lub innymi uprawnionymi organami (np. postępowania sądowe, skarbowe) mające związek z projektem? (jeśli TAK, należy podać przed jakim organem oraz krótko opisać aktualny stan postępowania) |  |  |

1. PLAN WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW Z FUNDUSZU NA KOLEJNY ROK.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa działania wg wniosku aplikacyjnego | Planowana kwota  (PLN) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

1. WYSOKOŚĆ FUNDUSZU NAUTRZYMANIE REZULTATÓW PROJEKTU W ROKU…….

|  |  |
| --- | --- |
| FUNDUSZ NA UTRZYMANIE REZULATÓW PROJEKTU W ROKU……. |  |
| Wartość funduszu rocznego wg umowy | …,… PLN |
| Środki pozostałe z poprzedniego roku | …,… PLN |
| Środki wydatkowane w okresie sprawozdawczym | …,… PLN |
| Pozostało | …,… PLN |

Uwagi………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. OŚWIADCZENIE I PODPIS

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie w niniejszym oświadczeniu nieprawdy zgodnie z art. 297 oraz art. 286 Kodeksu karnego (Dz.U. z 1997r. nr 88 poz. 553 z późn. zm.) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Data zatwierdzenia sprawozdania |  |
| Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Beneficjenta |  |
| Pieczęć Beneficjenta |  |

Dane kontaktowe osoby sporządzającej sprawozdanie

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Nr telefonu:

Adres e-mail: