|  |
| --- |
|  |

 *Załącznik nr 6 do Regulaminu udzielania grantów w ramach projektu „Zachodniopomorski pakiet grantowy”*

**SPRAWOZDANIE ROZLICZAJĄCE GRANT**

**w ramach projektu**

**„Zachodniopomorski Pakiet Grantowy”**

*pieczęć wpływu WUP*

Sprawozdanie należy złożyć do Grantodawcy w terminie 10 dni od zakończenia okresu objętego grantem. Nie jest dopuszczalne nanoszenie jakichkolwiek zmian we wzorze sprawozdania. Grantobiorca wypełnia białe pola oraz wstawia datę i składa podpis na końcu sprawozdania.

|  |
| --- |
| 1. **DANE IDENTYFIKACYJNE**
 |

**A.1. DANE GRANTOBIORCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **NAZWA GRANTOBIORCY** |  |
| **2** | **NIP** |  |
| **3** | **REGON (jeśli dotyczy)** |  |
| **4** | **NUMER UMOWY O POWIERZENIE GRANTU** |  |

**A.2. DANE DOTYCZĄCE PRZYZNANEGO GRANTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **NUMER WNIOSKU O UDZIELENIE GRANTU** *(wpisać nr nadany w Generatorze wniosków)* |  |
| **2** | **DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU O UDZIELENIE GRANTU***(wpisać datę nadaną w Generatorze wniosków)* |  |
| **3** | **DEKLAROWANA LICZBA ETATÓW (FTE)***(wpisać liczbę z Wniosku o udzielenie grantu – pole B.4 wiersz 2)* |  |
| **4** | **DEKLAROWANA LICZBA MIESIĘCY, DLA KTÓRYCH GRANTOBIORCA UBIEGAŁ SIĘ O FINANSOWANIE I DEKLAROWAŁ UTRZYMANIE DZIAŁALNOŚCI** *(wpisać liczbę z Wniosku o udzielenie grantu – pole B.4 wiersz 4)* |  |
| **5** | **PRZYZNANA KWOTA WSPARCIA***(wpisać kwotę z Umowy o powierzenie grantu §2 pkt 1)* |  |

|  |
| --- |
| **B. CZĘŚĆ SPRAWOZDAWCZA – EFEKTY WSPARCIA (WSKAŹNIKI)** |

**B.1. LICZBA MIESIĘCY UTRZYMANIA DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Czy Grantobiorca utrzymał działalność przedsiębiorstwa co najmniej przez okres** **objęty grantem i nadal posiada stałe miejsce wykonywania działalności gospodarczej lub siedzibę na terenie województwa zachodniopomorskiego?** | *TAK / NIE\** |
| **1a. W przypadku odpowiedzi negatywnej, należy wskazać datę zaprzestania działalności gospodarczej/ zawieszenia działalności gospodarczej/ rozwiązania spółki/ zmianę siedziby poza teren województwa zachodniopomorskiego** *(wskazać datę zdarzenia, które nastąpiło najwcześniej).* |  |
| **1b. Czy Grantobiorca złożył stosowną informację do CEIDG lub KRS o zaprzestaniu działalności gospodarczej/zawieszeniu działalności gospodarczej/rozwiązaniu spółki/** **zmianie siedziby poza teren województwa zachodniopomorskiego, która do dnia złożenia niniejszego sprawozdania nie została ujawniona w ww. systemach informacji o przedsiębiorstwach?** | *TAK / NIE\** |
| **1c. W przypadku odpowiedzi pozytywnej należy przedstawić jakich zmian dokonywano:***(wskazać datę, nazwę rejestru i opis zmiany)* |
|  |

\* niewłaściwe skreślić

**B.2. UTRZYMANIE POZIOMU ZATRUDNIENIA (FTE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Czy Grantobiorca utrzymał poziom zatrudnienia w poszczególnych miesiącach objętych grantem co najmniej na takim samym poziomie, jaki zadeklarował we wniosku o przyznanie grantu (FTE)?** | *TAK / NIE\** |
| **1a. W przypadku odpowiedzi negatywnej należy wypełnić Tabelę:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Okres na jaki przyznano grant** *(wskazać nazwy poszczególnych miesięcy i roku w odrębnych wierszach)* | **Poziom zatrudnienia (FTE) zadeklarowany we wniosku o udzielenie grantu** *(wpisać w każdym miesiącu tą samą wartość co w A.2 pkt 3)* | **Wartość osiągnięta (utrzymana)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* niewłaściwe skreślić

**C. OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE SPRAWOZDANIA ROZLICZAJĄCEGO GRANT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **IMIĘ** | **NAZWISKO** | **NR TELEFONU** | **ADRES EMAIL** |
| **1** |  |  |  |  |

**D. OSOBA/OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA GRANTOBIORCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IMIĘ** | **NAZWISKO** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |

**E. ZAŁĄCZNIKI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NAZWA ZAŁĄCZNIKA** |
| **1** |  |

Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu rozliczającym grant są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń wynikającej z art. 286 oraz art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.).

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

Data wypełnienia podpis/podpisy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Grantobiorcy