Załącznik nr 4 do Uchwały Nr 4101/2023

Zarządu Powiatu w Poznaniu
z dnia 31 maja 2023 r.

**SPRAWOZDANIE KOŃCOWE**

**Z REALIZACJI W 2023 ROKU ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**pn. „*ZDROWY SENIOR”***

|  |  |
| --- | --- |
| **Okres, za jaki jest składane sprawozdanie:** |  |
| **Nazwa Wykonawcy oraz adres jego siedziby:** |  |
| **Data zawarcia umowy:** |  |
| **Data złożenie sprawozdania**(adnotacja urzędowa; wypełnia przyjmujący sprawozdanie przedstawiciel Powiatu Poznańskiego) |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I – SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE** |

|  |
| --- |
| **1. Wskazanie celu/celów operacyjnego/operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia realizowanych niniejszym zadaniem\*:**  |
|  |
|  **2. Informacja, czy zakładany(-ne) cel(e) realizacji zadania został(y) osiągnięty(-te) w wymiarze określonym w części III oferty. Jeżeli nie, należy wskazać dlaczego:** |
|  |

|  |
| --- |
|  **3. Wskazanie terenu, na którym realizowane było zadanie:** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Opis populacji objętej zadaniem (charakterystyka populacji, liczba osób uczestniczących w warsztatach w poszczególnych gminach oraz liczba osób, które skorzystały ze wsparcia psychologicznego)\*:** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Opis wykonania zadania z podaniem informacji w jakim stopniu działania zakładane w szczegółowym zakresie rzeczowym zadania zostały zrealizowane. Ewentualne wyjaśnienie odstępstw w realizacji harmonogramu:** |
|  |

|  |
| --- |
| **6.** **Wykonanie zadania w ujęciu tabelarycznym:** |
| **Lp.** | **Rodzaj działania** | **Miejsce** | **Termin** | **Liczba uczestników** | **Realizator** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7. Podsumowanie elementów realizowanego zadania w podziale na:\*** |
| 1. **Działania promocyjno – edukacyjne (rodzaj działań i ich liczba oraz liczba osób):**
 |
|  |
| 1. **Działania profilaktyczne (rodzaj działań i ich liczba oraz liczba osób):**
 |
|  |
| 1. **Działania szkoleniowe i konferencyjne (tematyka, liczba szkoleń i konferencji, liczba uczestników):**
 |
|  |
| 1. **Działalność badawcza (rodzaj działań i ich liczba):**
 |
|  |
| 1. **inne (rodzaj działań i ich liczba):**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **8. Opis osiągniętych rezultatów wraz z liczbowym określeniem skali działań, zrealizowanych w ramach zadania:** |
|  |
| **Lp.** | **Mierniki efektywności Zadania** | **Liczba** |
| 1. | Liczba zorganizowanych warsztatów edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do mieszkańców powiatu poznańskiego od 60 roku życia oraz ich opiekunów: |  |
| 2. | Liczba osób zgłoszonych do udziału w warsztatach edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do mieszkańców powiatu poznańskiego od 60 roku życia oraz ich opiekunów: |  |
| 3. | Liczba osób uczestniczących w warsztatach edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do mieszkańców powiatu poznańskiego od 60 roku życia oraz ich opiekunów: |  |
| 4. | Liczba osób od 60 roku życia, którym udzielono porad psychologicznych: |  |
| 5. | Liczba porad psychologicznych zrealizowanych w ramach Zadania: |  |
| 6. | Liczba wydrukowanych materiałów informacyjno-promocyjnych (np. plakaty): |  |
| 7. | Liczba rozdystrybuowanych materiałów informacyjno-promocyjnych (np. plakaty): |  |
| 8. | Liczba rozdystrybuowanych broszur edukacyjnych: |  |
| 9. | Inne: |  |

|  |
| --- |
| **9. Ocena ankiet w zakresie poziomu satysfakcji z przeprowadzonych warsztatów (informacja powinna uwzględniać** **liczbę udzielonych odpowiedzi na poszczególne pytania oraz analizę porównawczą w tym zakresie):** |
|  |

\* należy wypełnić zgodnie z zasadami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. (Dz.U. poz. 2216)

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II – SPRAWOZDANIE FINANSOWE** |

|  |
| --- |
| 1. **Rozliczenia dotacji przekazanej Wykonawcy na realizację *w 2023 r*. zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „*Zdrowy Senior”* (§ 3 ust. 2 umowy)**
 |
| a) | Wysokość dotacji przekazanej na realizację Zadania *(kwota określona w § 3 ust.2 umowy)* | …………… zł |
| b) | Wysokość dotacji wykorzystanej na realizację Zadania  | …………… zł |
| c) | Niewykorzystana kwota dotacji do zwrotu *(pkt 1 – pkt 2)* | …………… zł |

|  |
| --- |
| **2. Informacja o kwocie przychodów uzyskanych przy realizacji umowy – odsetki bankowe od środków z dotacji zgromadzonych na rachunku bankowym.** |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Rozliczenie wydatków ze względu na rodzaj kosztów (w złotych).** |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Informacje z oferty** | **Koszty zgodnie z ofertą**  | **Faktycznie poniesione wydatki** |
| **Numer działania** (zgodnie z ofertą pkt. V) | **Numer kosztu** (zgodnie z ofertą pkt. IX.2.) | **Koszt całkowity** | **Kwota przyznanej dotacji**  | **Wydatki całkowite** | **Wydatki z dotacji** |
| 1. **Koszty merytoryczne:**
 |
| 1. **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów:** |  |  |
| 1. **Koszty realizacji porad psychologicznych:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem koszty realizacji porad psychologicznych**: |
| 1. **Koszty pozostałych działań merytorycznych:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM koszty pozostałych działań merytorycznych:** |  |  |
| 1. **Koszty administracyjne:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM koszty administracyjne:** |  |  |
| 1. **Inne koszty niezbędna dla prawidłowej realizacji Zadania:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM inne koszty niezbędna dla prawidłowej realizacji Zadania:** |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Zestawienie dokumentów księgowych.**
 |
| **Lp.** | **Nr dokumentu księgowego** | **Nr kosztu zgodnie z tabelą 3** (rozliczenia wydatków ze względu na rodzaj kosztów) | **Nazwa kosztu** | **Data wystawienia dokumentu księgowego** | **Wartość całkowita dokumentu księgowego** | **Kwota (w zł) wydatkowanych ze środków pochodzących z dotacji** | **Data zapłaty** |
| 1. **Koszty merytoryczne:**
 |
| 1. **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Koszty realizacji porad psychologicznych:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Koszty pozostałych działań merytorycznych:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Koszty administracyjne:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Inne koszty niezbędna dla prawidłowej realizacji Zadania:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |

|  |
| --- |
| **5. Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie prawidłowości wykonania wydatków:** |
|  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ III – DODATKOWE INFORMACJE** |

|  |
| --- |
| 1. **Inne istotne informacje, dotyczące realizacji zadania:**
 |
|  |

Załączniki:

1. …………………………………………………………………………………………………………………….

2. …………………………………………………………………………………………………………………….

3. …………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że:

1. od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Zleceniobiorcy;
2. wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu dowodów księgowych zostały faktycznie poniesione;
4. w zakresie związanym z otwartym konkursie ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem
i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzeniem ich do systemów informatycznych, osoby których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.119. z 4.05.2016 r.) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);

……………………………………………………………

data i pieczęć Wykonawcy

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

podpis/-y osoby/ osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy