**WNIOSEK KONKURSOWY NA PROJEKT WOLONTARIACKI**   
**W RAMACH KONKURSU NA Mini GRANTY DLA członków Szkolnych Kół Caritas**

**realizowany w ramach projektu „Wolontariat łączy pokolenia”**

Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać w wersji elektronicznej na adres: [wolontariat@caritas.org.pl](mailto:wolontariat@caritas.org.pl) ,w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 29 lutego 2024 roku.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ A – DANE KONTAKTOWE** | |
| Dane pełnoletniego Opiekuna GRANTU: | |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu |  |
| Diecezja |  |
| Adres e-mail |  |
| Ilu wolontariuszy planujesz zaangażować do realizacji mini grantu? |  |
| WOLONTARIUSZE (wpisz imiona i nazwiska osób, z którymi chcesz realizować mini grant. Jeśli potrzebujesz – dodaj kolejne wiersze). | |
| Wolontariusz 1 |  |
| Wolontariusz 2 |  |
| Wolontariusz 3 |  |
| Wolontariusz 4 |  |
| Wolontariusz 5 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ B - INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO GRANTU** | | | | |
| Tytuł projektu | |  | | |
| Termin realizacji  *Termin rozpoczęcia nie wcześniej niż:* ***18.03.2024***  *Termin zakończenia*  *nie później niż:* ***31.10.2024*** | |  | | |
| Miejsce realizacji: | |  | | |
| Parafialny Zespół Caritas: | | | | |
|  | | | | |
| **Streszczenie projektu** prosimy krótko opisać czego dotyczy projekt, w jaki sposób będzie realizowany, miejsce jego przeprowadzenia, metody, wysokość budżetu (Max. 2000 znaku) | | | | |
|  | | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu** dlaczego sprawa, którą chcecie się zająć jest ważna, co dzięki temu zostanie zrobione/osiągnięte? Jaki jest cel jego realizacji? (Max.2000 znaków) | | | | |
|  | | | | |
| **Harmonogram działań realizowanych w ramach projektu** | | | | |
| Lp. | Nazwa działania | | Opis działania | |
| 1. |  | | |  |
| 2. |  | | |  |
| 3. |  | | |  |
| … |  | | |  |
| **Zakładane rezultaty projektu** | | | | |
| Co powstanie w ramach projektu (np. warsztaty, spotkanie, pielgrzymka, festyn, remont, inne działania) | | |  | |
| Kto i w jaki sposób skorzysta  z projektu (np. uczestnicy warsztatów, podopieczni organizacji, społeczność lokalna) | | |  | |
| Liczba odbiorców projektu | | |  | |
| Forma i rodzaj promocji Szkolnego Koła Caritas i Parafialnego Zespołu Caritas (wskaż propozycje działań promocyjnych): | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ C - OGÓLNY KOSZTORYS PROJEKTU** | |
| * proszę wskazać wydatki niezbędne do poniesienia w związku z realizacją projektu * całkowity budżet projektu musi zawierać się w kwocie nie wyższej niż **10 000,00 zł brutto** | |
| Nazwa kosztu i sposób kalkulacji  *(np. 5 szt. x 10 zł/szt.)* | Razem w zł |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| SUMA |  |
| **Ewentualne dodatkowe uwagi i wyjaśnienia dotyczące zaplanowanych działań  i budżetu PROJEKTU** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ D – OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PROJEKTU**  \*niepotrzebne skreślić | |
| Lider projektu składając wniosek oświadcza, że zapoznał/a się z regulaminem konkursu i zobowiązuję się do jego przestrzegania | TAK/NIE\* |
| Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. Zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym wniosku w celu prawidłowego przeprowadzenia Konkursu i Projektu Wolontariackiego. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. | TAK/NIE\* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość:** |  | **Data:** |  |
| **Imię Opiekuna:** |  | **Nazwisko Opiekuna:** |  |