**Wniosek o finansowanie testowania innowacji społecznej**

Zainteresowane osoby i grupy nieformalne mogą składać swoje pomysły do 30 listopada 2016 roku do godziny 12:00 poprzez generator na stronie **www.innowacje.psoni.org.pl**.

Do wniosku nie należy załączać żadnych dodatkowych dokumentów.

Dodatkowe informacje na temat naboru można uzyskać:

- na stronie www.innowacje.psoni.org.pl,

- pod numerem telefonu 22 848 03 44.

**1. Informacje o wnioskodawcy - osoba fizyczna lub grupa nieformalna**

|  |
| --- |
| 1.1 Imię i nazwisko osoby fizycznej lub lidera grupy nieformalnej: Podaj imię i nazwisko |
| 1.2 Adres zamieszkania: Wprowadź adres zamieszkania  (Kryt. formalne: miejsce zamieszkania osoby fizycznej lub lidera grupy nieformalnej musi być na terytorium RP) |
| 1.3 Numer telefonu kontaktowego: Wpisz numer telefony komórkowego |
| 1.4 Adres e-mail: wpisz adres e-mail |
| 1.5 Dane pozostałych osób zaangażowanych w przygotowanie innowacji (w przypadku składania wniosku jako grupa nieformalna)  Osoba 1: Imię i nazwisko / telefon / email  Osoba 2: Imię i nazwisko / telefon / email  Osoba 3: Imię i nazwisko / telefon / email |

**2. Informacja o innowacji społecznej**

**2.1 Tytuł innowacji społecznej**

**2.2. Opis potrzeb, na jakie odpowiada innowacja społeczna (limit 3000 znaków).**

* *Dlaczego jesteście zainteresowani opracowaniem i testowaniem innowacji społecznej?*
* *Skąd wiecie o potrzebach, jakie ma zaspokoić innowacja społeczna?*
* *Jakie są potrzeby grup docelowych? Jak te potrzeby są aktualnie zaspokajane (jakie działania są prowadzone i przez kogo)?*
* *W jakim stopniu potrzeby, na jakie odpowiada innowacja społeczna powiązane z tematem konkursu tj. usługami opiekuńczymi dla osób niepełnosprawnych?*

**2.3 Opis grup, do których skierowana jest innowacja społeczna (limit 3000 znaków).**

* *Sytuacja których grup poprawi się dzięki innowacji społecznej?*
* *Jakie osoby/podmioty będą mogły korzystać z innowacji społecznej jeżeli ta okaże się skuteczna? Jakie są potrzeby tych osób/podmiotów?*
* *Jakiego typu osoby lub podmioty ze społeczności lokalnej mogą być zainteresowane udziałem w testowaniu innowacji społecznej?*

**2.4 Charakterystyka innowacji społecznej. Różnice pomiędzy innowacją społeczną która ma być poddana testowaniu, a obecnie stosowanymi rozwiązaniami (limit 3000 znaków).**

* *Jakie są kluczowe elementy innowacji społecznej, która ma być testowana?*
* *Czy innowacja obejmuje grupy, które dotychczas objęte są niewystarczającym wsparciem lub nie są wspierane?*
* *Czym proponowana innowacja społeczna różni się od stosowanych obecnie rozwiązań ?*
* *Czy innowacja odpowiada na nowe problemy powiązane z tematem konkursu (usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych)?*

**2.5 Plan testowania innowacji społecznej**

* *Jakie działania będą podjęte w celu przetestowania innowacji?*
* *Ile miesięcy będzie trwało testowanie innowacji? (Prosimy zamieścić opis działań w poszczególnych miesiącach w tabeli poniżej)*
* *W jakim miejscu będzie odbywało się testowanie innowacji społecznej?* ***(Kryt. formalne: testowanie musi odbywać się na terytorium Polski)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miesiąc testowania* | *Zaplanowane działania* | *Uczestnicy działań testujących* |
| Miesiąc 1  (Maj 2017) |  |  |
| Miesiąc 2  (Czerwiec 2017) |  |  |
| Miesiąc 3  (Lipiec 2017) |  |  |
| Miesiąc 4  (Sierpień 2017) |  |  |
| Miesiąc 5  (Wrzesień 2017) |  |  |
| Miesiąc 6  (Październik 2017) |  |  |

**2.6 Efekty testowania innowacji (limit 3000 znaków)**

* *Jakie są spodziewane efekty testowania innowacji?*
* *Jakie zmiany w sytuacji grup docelowych może przynieść testowanie innowacji?*
* *Czy w wyniku testowania powstaną rozwiązania, które będą mogły być wykorzystane w innych społecznościach lokalnych lub przez inne podmioty działające w obszarze usług opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych?*

* *Jakie będą mierzalne efekty testowania innowacji? Na jakiej podstawie będzie można zweryfikować ich osiągnięcie? Prosimy informacje zamieścić w tabeli - jeden wskaźnik = jeden wiersz.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efekt testowania innowacji | Mierzalny wskaźnik i jego wartość | Dowody na podstawie, których będzie można weryfikować osiągnięcie wskaźnika |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2.7 Ryzyko w procesie testowania**

* *Jakiego typu czynniki ryzyka mogą wystąpić w trakcie testowania innowacji (np. prawne, organizacyjne)?*
* *Jakie czynniki ryzyka są najistotniejsze? Prosimy o wskazanie trzech najistotniejszych czynników.*
* *Jakie działania zamierzacie podjąć w reakcji na te czynniki ryzyka?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czynnik ryzyka - opis | Prawdopodobieństwo wystąpienia (małe, średnie, wysokie) | Wpływ ryzyka na testowania innowacji (mały, średni lub wysoki) | Reakcja na czynnik ryzyka |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2.8 Potencjał do testowania innowacji (limit 3000 znaków)**

* *Jakiego typu doświadczenia możecie wykorzystać w procesie testowania innowacji?*
* *Jakie są kompetencje i wiedza osób, które będą brać udział w testowaniu innowacji? Prosimy o wskazanie kompetencji konkretnych osób wraz z podaniem nazwisk i imion.*
* *Czy osoby te mają doświadczenie w opracowywaniu rozwiązań innowacyjnych?*
* *Jakie zaplecze techniczne będzie wykorzystywane na potrzeby testowania innowacji*?

**2.9 Budżet**

Łączny koszt testowania innowacji:

**(Kryterium formalne: łączny koszt testowania innowacji nie może przekroczyć kwoty 60 000 zł)**

Kalkulacja kosztów działań (prosimy wpisać nazwy działań z tabeli 2.5 i opisać koszty przeprowadzenia tych działań w tabeli poniżej):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa działania (zgodnie z punktem 2.5) | Kalkulacja kosztów (koszt jednostkowy x liczba ) | Suma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ŁĄCZNIE |  |  |

Uzasadnienie kosztów w budżecie (jeżeli dotyczy - 1000 znaków)

**3. Oświadczenia**

1. Oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Polskim Stowarzyszeniem na rzecz osób Niepełnosprawnych Intelektualnie.
2. Oświadczam, że składany projekt nie powiela zwalidowanych rozwiązań innowacyjnych sfinansowanych ze środków wspólnotowych w ramach IW EQUAL oraz perspektywy finansowej 2007-2013, a także standardowych form wsparcia w zakresie usług opiekuńczych świadczonych w ramach PO WER oraz RPO 2014-2020.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
4. Wyrażam zgodę na udostępnienie niniejszego wniosku innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny oraz wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę projektu.
5. Potwierdzam możliwość wdrożenia innowacji społecznej przy obecnym stanie prawnym.
6. Oświadczam, że nie ubiegam się o finansowanie testowania tożsamej innowacji społecznej u innych operatorów działania 4.1 PO WER.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zamieszczonych we wniosku przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną do celów realizacji projektu grantowego pt. Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych - umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.04.01.00-00-I053/15.
8. Oświadczam, że spełniam wymagania w stosunku do wnioskodawcy określone w punkcie 4.1 Procedur realizacji projektu grantowego.