

|  |
| --- |
| **Sprawozdanie z zachowania trwałości** |
| Cel złożenia dokumentu: |
| 🞏 | złożenie obowiązkowego rocznego sprawozdania z zachowania trwałości | x | Korekta złożonego wcześniej rocznego sprawozdania z zachowania trwałości |

# I. Informacje o Beneficjencie

|  |  |
| --- | --- |
| Numer umowy/decyzji: | RPMA.09.02.02-14-a727/18 |
| Tytuł projektu | Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach DDOM |
| Nazwa Beneficjenta: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - "MÓJ LEKARZ" IZABELA KOŚCIUCZYK |
| NIP Beneficjenta: | **8751083315** |
| Czy dane kontaktowe Beneficjenta uległy zmianie: | 🞏 TAK | x NIE |
| Zmieniły się następujące dane: |
| Data płatności końcowej/ zatwierdzenia wniosku o płatność: | BRAK na dzień sporządzenie |
| Termin końcowy zachowania trwałości projektu (wypełnia IP) | 30.06.2023 |
| Okres za jaki składane jest sprawozdanie: | od 1.07.2021 do 31.12.2021 |
| Czy w dniu złożenia sprawozdania Beneficjent posiada status MŚP: | x TAK | 🞏 NIE |

# II. Ogólne informacje

Zgodnie z art. 71 rozporządzenia ogólnego - W przypadku operacji obejmującej inwestycje w infrastrukturę lub inwestycje produkcyjne dokonuje się zwrotu wkładu z EFSI, jeżeli w okresie pięciu lat od płatności końcowej na rzecz beneficjenta lub w okresie ustalonym zgodnie z zasadami pomocy państwa, tam gdzie ma to zastosowanie, zajdzie którakolwiek z poniższych okoliczności:

1. zaprzestanie działalności produkcyjnej lub przeniesienie jej poza obszar objęty programem;
2. zmiana własności elementu infrastruktury, która daje przedsiębiorstwu lub podmiotowi publicznemu nienależne korzyści;
3. istotna zmiana wpływająca na charakter operacji, jej cele lub warunki wdrażania, która mogłaby doprowadzić do naruszenia jej pierwotnych celów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy nastąpiła zmiana lokalizacji projektu? | 🞏 TAK | x NIE |
| Nastąpiły zmiany w postaci: nie nastąpiłyData zmiany: nie nastąpiły |
| Czy nastąpiło zaprzestanie działalności produkcyjnej? | 🞏 TAK | 🞏 NIE | x NIE DOTYCZY |
| Nastąpiło zaprzestanie działalności produkcyjnej z powodu:Data zaprzestania działalności produkcyjnej: |
| Czy nastąpiła zmiana własności elementów infrastruktury sfinansowanej ze środków RPO WM 2014-20? | 🞏 TAK | x NIE | 🞏 NIE DOTYCZY |
| Nastąpiły zmiany w postaci:Data zmiany własności elementów infrastruktury: |
| Czy w związku ze zmianą własności elementów infrastruktury podmiot uzyskał/uzyskuje korzyści[[1]](#footnote-1)?  | 🞏 TAK | 🞏 NIE | X NIE DOTYCZY |
| Uzasadnienie: |
| Czy doszło do modernizacji lub wymiany elementów infrastruktury zakupionych w ramach projektu? | 🞏 TAK | x NIE | 🞏 NIE DOTYCZY |
| Doszło do następujących modernizacji lub zmian: |
| Czy nastąpiła istotna zmiana wpływająca na charakter projektu, jego cele lub warunki realizacji, która mogłaby doprowadzić do naruszenia jego pierwotnych celów? | 🞏 TAK | x NIE |
| Nastąpiły zmiany w postaci: |
| Czy nastąpiło pozyskanie innego finansowania na infrastrukturę związaną z projektem ze środków UE lub krajowych środków publicznych? | 🞏 TAK | X NIE | 🞏 NIE DOTYCZY |
| Nastąpiło pozyskanie następujących środków: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy została przeprowadzona kontrola/audyt przez podmiot inny niż IZ/IP RPO WM, a w toku kontroli/audytu wydano zalecenia pokontrolne/rekomendacje, a jeśli tak, to czy Beneficjent je zrealizował? | 🞏 TAK | x NIE |
| Została przeprowadzona następująca kontrola (wskazać: podmiot kontrolujący, zakres i termin kontroli):Wydane zalecenia i sposób realizacji zaleceń: |
| Czy środki trwałe nabyte w ramach Projektu są wykorzystywane na działalność statutową Beneficjenta lub zostały nieodpłatnie przekazane podmiotowi niedziałającemu dla zysku? (dotyczy projektów współfinansowanych z EFS) | x TAK | 🞏 NIE | 🞏 NIE DOTYCZY |
| Zrealizowana w ramach projektu adaptacja pomieszczeń oraz środki trwałe są wykorzystywane w bieżącej działalności Beneficjenta nieodpłatnie. |

# III. Wskaźniki realizacji projektu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy osiągnięte na zakończenie realizacji projektu wskaźniki produktu zostały utrzymane? | 🞏 TAK | x CZĘŚCIOWO | 🞏 NIE DOTYCZY |
| W przypadku odpowiedzi „NIE” lub „CZĘŚCIOWO” należy opisać odstępstwa w zakresie wartości wskaźników oraz wskazać przyczyny zaistniałych zmian w tabeli poniżej.Okres trwałości nałożył się na okres kolejnej fali pandemii COVID-19. Grupą docelową objętą wsparciem są osoby starsze, które z obawy o zdrowie nie chcą uczestniczyć w spotkaniach grupowych. Indywidualne wsparcie realizowane było w zależności od zgłaszanych potrzeb. W całym okresie Beneficjent gotowy jest do świadczenia usług zdrowotnych. |

Wypisz wskaźniki produktu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| l.p. | Nazwa wskaźnika | Jednostka miary | Wartość wskaźnika potwierdzona we wniosku o płatność końcową | Stan obecny | UWAGI: |
| 1 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami [szt.]  |
|

 | szt | 1 | 1 | Od 1.07.2021 |
| 2 | Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie | osoby | 108 | 4 | Od 1.07.2021 |
| 3 | Liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie | osoby | 108 | 4 | Od 1.07.2021 |
| 4 | Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi | szt | 1 | 1 | Od 1.07.2021 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy zgodnie z zapisami umowy/decyzji o dofinansowanie projektu Beneficjent zachowuje trwałość rezultatów projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie? | 🞏 TAK | x CZĘŚCIOWO | 🞏 NIE |
| Doszło do naruszenia trwałości następujących rezultatów:Okres trwałości nałożył się na okres kolejnej fali pandemii COVID-19. Grupą docelową objętą wsparciem są osoby starsze, które z obawy o zdrowie nie chcą uczestniczyć w spotkaniach grupowych. Indywidualne wsparcie realizowane było w zależności od zgłaszanych potrzeb. W całym okresie Beneficjent gotowy jest do świadczenia usług zdrowotnych. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy wskaźniki rezultatu planowane do osiągnięcia po zakończeniu realizacji projektu zostały osiągnięte/utrzymane? | 🞏 TAK | X CZĘŚCIOWO | 🞏 NIE DOTYCZY |
| Należy dostarczyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów potwierdzających osiągnięcie oraz utrzymanie wskaźników rezultatu.W przypadku osiągnięcia niższej wartości wskaźnika rezultatu niż zakładana we wniosku o dofinansowanie należy podać przyczyny zaistniałej sytuacji w tabeli poniżej.Okres trwałości nałożył się na okres kolejnej fali pandemii COVID-19. Grupą docelową objętą wsparciem są osoby starsze, które z obawy o zdrowie nie chcą uczestniczyć w spotkaniach grupowych. Indywidualne wsparcie realizowane było w zależności od zgłaszanych potrzeb. W całym okresie Beneficjent gotowy jest do świadczenia usług zdrowotnych. |

Wypisz wskaźniki rezultatu projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| l.p. | Nazwa wskaźnika | Jednostka miary | Wartość wskaźnika potwierdzona we wniosku o płatność końcową | Stan obecny | UWAGI: |
| 1 | Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu | szt | 1 | 1 | Od 1.07.2021 |
| 2 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu  |
|

 | szt | 21 | 21 | Od 1.07.2021 |
| 3 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytyw nie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub członków ich rodzin).  |
|

 | osoby | 84 | 4 | Od 1.07.2021 |

# IV. Kwalifikowalność podatku od towarów i usług (VAT)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy w projekcie podatek VAT był kwalifikowalny? | x TAK | 🞏 CZĘŚCIOWO | 🞏 NIE |
| **W przypadku, gdy zaznaczono odpowiedź „NIE” Beneficjent nie wypełnia dalszej części pytań w zakresie VAT** |
| Czy VAT poniesiony w projekcie jest niemożliwy do odzyskania (beneficjent lub inny podmiot realizujący/wdrażający projekt, w szczególności jednostka organizacyjna beneficjenta lub partner w projekcie nie mają prawnej możliwości jego odzyskania na gruncie ustawy o podatku od towarów i usług? | X TAK | NIE |
| Czy w projekcie zmieniła się proporcja podatku VAT w sytuacji gdy podatek VAT był częściowo kwalifikowany? | 🞏 TAK | x NIE |
| Opis zmian proporcji: |
| Czy Beneficjent posiada indywidualną interpretację przepisów prawa podatkowego istotną z punktu widzenia kwalifikowalności VAT w projekcie? | 🞏 TAK | x NIE |
| **W przypadku, gdy zaznaczono odpowiedź „TAK” Beneficjent zobowiązany jest dostarczyć kopię ww. interpretacji wraz z niniejszym Sprawozdaniem (w przypadku nieprzekazania jej wcześniej)** |
| Czy Beneficjent jest zwolniony podmiotowo z opodatkowania podatkiem VAT? | X TAK | 🞏 NIE |
| **Art. 43 ust. 1pkt. 19 ustawy z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług**   |
| Czy Beneficjent w ramach projektu wykonuje jedynie czynności zwolnione z opodatkowania podatkiem VAT? | X TAK | 🞏 NIE |
| **Art. 43 ust. 1pkt. 19 ustawy z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług**  |
| Czy Beneficjent prowadzi sprzedaż opodatkowaną? | 🞏 TAK | X NIE |
| **Art. 43 ust. 1pkt. 19 ustawy z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług**  |
| Czy w projekcie wystąpiły przychody? | 🞏 TAK | x NIE |
| Czy dokonano korekty deklaracji VAT związanej z wydatkami objętymi projektem za okres, w którym przysługiwało prawo do obniżenia podatku należnego w związku z realizacją projektu? | 🞏 TAK | X NIE |
| **W przypadku, gdy zaznaczono odpowiedź „TAK” należy określić kwotę korekty VAT oraz opisać z jakiego powodu dokonano korekty** |

# V. Generowanie dochodu w projekcie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy projekt jest w całości finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego? | TAK | x NIE |
| Czy wartość projektu nie przekracza 1 000 000 EUR? | x TAK | 🞏 NIE |
| Czy projekt objęty jest zasadami pomocy publicznej? | 🞏 TAK | x NIE |
| **W przypadku, gdy zaznaczono odpowiedź „TAK” w którymkolwiek z 3 ww. pytań, Beneficjent nie wypełnia kolejnego pytania** |
| Czy w ramach projektu pojawiły się inne lub nowe źródła dochodu lub nastąpiła istotna zmiana w polityce taryfowej projektu generującego dochód po ukończeniu, w którym wartość dofinansowania została ustalona w oparciu o metodę luki w finansowaniu? | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| Opis: |

# VI. Archiwizacja

1. Miejsce przechowywania dokumentacji projektowej (w szczególności umowy/decyzji o dofinansowanie wraz z załącznikami, oryginałów dokumentów przedstawianych do wniosków o płatność i na potrzeby kontroli na miejscu realizacji):

NZOZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MÓJ LEKARZ" IZABELA KOŚCIUCZYK, ul. Dywizjonu 303 7, 96-500 Sochaczew

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

1. Wskazane miejsce jest:
2. x siedzibą Beneficjenta;
3. x miejscem realizacji projektu;
4. 🞏 inne: ………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Beneficjent opracował procedurę archiwizacji, która uwzględnia czas przechowywania dokumentów określony w umowie/decyzji o dofinansowanie? | x TAK | 🞏 NIE |
| Nazwa dokumentu określającego procedurę: regulamin organizacyjny |
| Czy sposób przechowywania dokumentacji umożliwia jej zachowanie przez okres wskazany w umowie/decyzji o dofinansowanie? | x TAK | 🞏 NIE |
| Uzasadnienie:  |
| Czy do dnia sporządzenia niniejszego sprawozdania miały miejsce zdarzenia, których wynikiem było zdekompletowanie/ zniszczenie/ zaginięcie dokumentacji projektu? | 🞏 TAK | X NIE |
| Opis zdarzeń wraz ze wskazaniem dokumentacji oraz podjętych przez beneficjenta działaniach naprawczych: |

# VII. Informacja i promocja projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Beneficjent stosuje odpowiednie środki informowania i promocji projektu, zgodnie z umową/decyzją o dofinansowanie zawartą w ramach RPO WM? | x TAK | 🞏 NIE |
| Opis prowadzonych działań informacyjno-promocyjnych lub powodów nie prowadzenia działań: informacje o zrealizowanym projekcie na stronie internetowej |

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu są zgodne ze stanem faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Izabela Kościuczyk |
| Adres | 96- 500 Sochaczew, Dywizjonu 303 lok.5 |
| Numer telefonu/faksu | 46 8621221 |
| Data | 28.01.2022 |
| Pieczęć i podpis |  |

1. Korzyść rozumiana jako: przysporzenie majątkowe, w tym uzyskanie przychodu, zwolnienie z długu lub uniknięcie straty, albo takie uzyskanie pozycji ekonomicznie lepszej niż możliwa do uzyskania przez inne podmioty w tych samych warunkach;

Odpowiedź udzielana w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK na poprzednie pytanie. [↑](#footnote-ref-1)