**Raport końcowy**

Komponent Ib

Intensywne szkolenia

Program Edukacja

Numer dokumentu: XXX

1. **IDENTYFIKACJA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer umowy |  |
| Beneficjent |  |

**Prawny przedstawiciel Beneficjenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pan/Pani | Imię | Nazwisko |
| Stanowisko służbowe | Tytuł naukowy (jeśli dotyczy) |
|  |

O**soba kontaktowa Beneficjenta (odpowiedzialna za przygotowanie raportu)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pan/Pani | Imię | Nazwisko |
| Stanowisko służbowe | Tytuł naukowy (jeśli dotyczy) |
| Adres email | Telefon |

**Instytucja przyjmująca (prosimy o uaktualnienie danych)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji w języku ojczystym(Institution name in native language) |  |
| Nazwa instytucji w języku angielskim(Institution name in English) |  |
| Ulica (Street) |  | Nr domu/lokalu (Street no. / Place no.) |
| Kod pocztowy (ZIP code) |  | Miejscowość (City/Town) |
| Typ instytucji (Institution type) | ⭘ Niepubliczna ⭘ Publiczna (Non-public) (Public) |
| Rodzaj instytucji (institution type) | lista rozwijana |
| Region (Region) | Kraj (Country) | Strona www (Website) |
| Osoba kontaktowa (imię i nazwisko): | Stanowisko |  |
| E-mail osoby kontaktowej | Telefon (Phone no.) |  |

**Partner projektu – jeśli dotyczy (prosimy o uaktualnienie danych)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji w języku ojczystym(Institution name in native language) |  |
| Nazwa instytucji w języku angielskim(Institution name in English) |  |
| Ulica (Street) |  | Nr domu/lokalu (Street no. / Place no.) |
| Kod pocztowy (ZIP code) |  | Miejscowość (City/Town) |
| Typ instytucji (Institution type) | ⭘ Niepubliczna ⭘ Publiczna (Non-public) (Public) |
| Rodzaj instytucji (institution type) | lista rozwijana |
| Region (Region) | Kraj (Country) | Strona www (Website) |
| Osoba kontaktowa (imię i nazwisko): | Stanowisko |  |
| E-mail osoby kontaktowej | Telefon (Phone no.) |  |

**I.1 Harmonogram działań**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Umowa ws. projektu | Raport końcowy |
| Data rozpoczęcia szkolenia: |  |  |
| Data zakończenia szkolenia: |  |  |
| Liczba dni szkolenia: |  |  |

**I.2 Uczestnicy projektu objęci działaniami (uczestnicy szkolenia)**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba planowanych uczestników | Liczba faktycznych uczestników |
| Płeć(Sex) | Mężczyzna (Male) |  |  |
| Kobieta (Female) |  |  |
| Poziom wykształcenia(Education level) | podstawowe (primary) |  |  |
| gimnazjalne (lower secondary) |  |  |
| zasadnicze zawodowe (secondary vocationsl) |  |  |
| zasadnicze branżowe(secondary industry) |  |  |
| średnie branżowe (upper secondary industry) |  |  |
| średnie (secondary) |  |  |
| wyższe (higher) |  |  |
| Kadra zarządzająca (Management staff)[[1]](#footnote-1) |  |  |
| Pozostali pracownicy (Other staff) |  |  |
| Uczestnicy ze specjalnymi potrzebami(Participants with special needs) |  |  |

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

Raport należy wypełnić elektronicznie w systemie on-line (http://online.frse.org.pl), załączyć skan Oświadczenia podpisanego przez reprezentanta prawnego i przesłać elektronicznie.

Dokumentację potwierdzającą zrealizowanie szkolenia w kategoriach ryczałtowych należy przesłać tylko na wezwanie Operatora Programu po analizie Raportu końcowego. W przypadku kategorii rozliczanych kosztami rzeczywistymi, należy zastosować kurs EUR naboru wniosków. Wymagane dokumenty opisane są w Przewodniku dla Wnioskodawcy.

1. **CZĘŚĆ MERYTORYCZNA**
	1. **Proszę przedstawić działania podjęte w ramach *Intensywnego szkolenia***

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

**oraz w języku angielskim:**

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

* 1. **Czy projekt został zrealizowany zgodnie z harmonogramem?**
* **Tak**
* **Nie**

Należy opisać podjęte działania związane z monitorowaniem realizacji projektu. Jeśli projekt nie został zrealizowany zgodnie z harmonogramem proszę opisać zamiany oraz podjęte działania zaradcze.

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

* 1. **W jakim stopniu udało się zrealizować główne cele *Intensywnego szkolenia,* proszę podać wartość %. Należy uzasadnić swoją ocenę.**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.4. W jakim stopniu uczestnicy szkolenia podnieśli swoje kompetencje, proszę podać wartość %.**

|  |
| --- |
|  |

**III.5 Prosimy o podanie trenera(-ów) szkolenia, jego(ich) kompetencji, doświadczenia i opisanie, jak przebiegała współpraca. Jeśli dotyczy, prosimy opisać współpracę z Partnerem Projektu.**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.6 Prosimy o opisanie działań upowszechniających oraz o określenie ich skali i zasięgu.
W szczególności prosimy o opisanie 2 obowiązkowych działań upowszechniających:**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

**III.7 Prosimy o opisanie przewidywanego krótko- i długoterminowego wpływu realizacji szkolenia na przyszłą działalność Beneficjenta i uczestników szkolenia.**

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

1. **CZĘŚĆ FINANSOWA**

Wszelkie kwoty w Raporcie końcowym powinny być wyrażone w EUR. W przypadku kategorii naliczanych na podstawie kosztów rzeczywistych, dla kosztów poniesionych w PLN lub innej walucie do przeliczeń na EUR należy stosować miesięczny kurs obrachunkowy wymiany ustalony przez Komisję Europejską z dnia naboru wniosków i opublikowany na jej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/budget/contracts_grants/info_contracts/inforeuro/inforeuro_en.cfm>

Kalkulator odległości do określenia stawki na pokrycie kosztów podróży znajduje się na stronie <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/distance-calculator_en>

Koszty różnic kursowych oraz straty powstałe na operacjach walutowych są kosztami niekwalifikowanymi.

**IV.1 Podróż uczestników i trenerów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Liczba uczestników (a)** | **Miejsce wyjazdu (b)** | **Kraj wyjazdu (c)** | **Miejsce przyjazdu (d)** | **Kraj przyjazdu (e)** | **Przedział odległości (f)** | **Stawka (g)** | **Kwota (h)****(a\*g)** |
| 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suma |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.P** | **Liczba trenerów (a)** | **Miejsce wyjazdu (b)** | **Kraj wyjazdu (c)** | **Miejsce przyjazdu (d)** | **Kraj przyjazdu (e)** | **Przedział odległości (f)** | **Stawka (g)** | **Kwota (h)****(a\*g)** |
| 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suma |  |

**IV.2 Utrzymanie trenerów**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Imię i nazwisko trenera (a)** | **Liczba dni szkolenia (b)** | **Liczba dni na podróż (c)** | **Liczba dni razem (d) (b+c)** | **Stawka (e)** | **Kwota (f)****(d\*e)** |
| 2.1 |  |  |  |  | 150,00 |  |
| suma |  |

**IV.3 Wsparcie organizacyjne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba uczestników (a)** | **Liczba dni szkolenia (b)** | **Stawka (c)** | **Kwota (a\*b\*c)** |
|  |  | 100,00 |  |

**IV.4 Koszty wynagrodzenia trenera**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Imię i nazwisko trenera (a)** | **Liczba dni szkolenia (b)** | **Liczba pozostałych dni pracy (c)** | **Całkowita liczba dni pracy trenera (d)** | **Kraj trenera (e)** | **Stawka (f)** | **Kwota (d\*f)** |
| 4.1 |  |  |  |  |  | NO, Li -241,00 EurIS – 214,00 Eur |  |
| suma |  |

**IV.6 Koszty** **dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami uczestników szkolenia.**

W ramach raportowanego okresu zostały poniesione koszty dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami:

* Tak
* Nie

*(jeśli zaznaczono Tak)*

**IV. 6.1 Podróż osoby towarzyszącej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Liczba osób towarzyszących (a)** | **Miejsce wyjazdu (b)** | **Kraj wyjazdu (c)** | **Miejsce przyjazdu (d)** | **Kraj przyjazdu (e)** | **Przedział odległości (f)** | **Stawka (g)** | **Kwota (h)****(a\*g)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suma |  |

**IV.6.2 Pozostałe koszty związane ze specjalnymi potrzebami uczestników szkolenia**

*Ta część dofinansowania rozliczana jest po kosztach rzeczywistych.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **numer dokumentu księgowego (a)** | **Opis wydatku (b)**  | **Kwota dokumentu brutto (c)** | **Kwota kwalifikowalna z dokumentu (d)** | **Waluta dokumentu (e)** | **Data wystawienia dokumentu (f)** | **Data płatności (g)** | **Kurs EUR (h)** | **Kwota kwalifikowalna w EUR (nie większa niż wynikająca z umowy) (i)** |
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dodaj |  |  |  |  |  |  |  |  |

**suma**

**IV.7 Ogólne koszty szkolenia**

Podsumowanie części finansowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategorie budżetowe** | **Koszty w EUR** |
| Podróż uczestników i trenerów |  |
| Utrzymanie trenerów |  |
| Wsparcie organizacyjne |  |
| Koszty wynagrodzenia trenera |  |
| Koszty dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami uczestników szkolenia. |  |
| **Łączne koszty:** |  |

1. **UWAGI I REKOMENDACJE**

Prosimy przedstawić wszelkie uwagi i rekomendacje mające na celu usprawnienie przyszłych działań, procedur administracyjnych, sposobu finansowania itd. w odniesieniu do *Intensywnych szkoleń*:

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

1. **WNIOSEK O ROZLICZENIE PŁATNOŚCI BILANSUJĄCEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| A. Przyznane dofinansowanie (zgodnie z umowa˛) [w EUR] |  |
| B. Suma poniesionych kosztów [w EUR] |  |
| C. Poziom dofinansowania [%] |  |
| D. Wkład własny [w EUR] |  |
| E. Kwota otrzymanej zaliczki [w EUR] |  |
| F. Końcowa płatność bilansująca [w EUR] |  |

1. **OŚWIADCZENIE I PODPIS**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym raporcie są zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawidłowe. W szczególności zaś zawarte w nim informacje finansowe odpowiadają faktycznie zrealizowanym działaniom oraz kosztom poniesionym na realizację projektu

Wnioskuję o realizację końcowej płatności bilansującej.

Miejsce: …………………. Data (dd/mm/rrrr): ………………………………..

Numer Umowy ws. realizacji projektu : ……………………………………………………

Nazwa organizacji beneficjenta: …………………………………………

Nazwisko prawnego przedstawiciela: ………………………………..

Czytelny podpis. ……………………………………………………..

Pieczęć instytucji ………………………………………………………

1. np. kadra zarządzająca szkół/uczelni wyższych, kuratoriów oświaty, personel instytucji/jednostek odpowiedzialnych za jakość, politykę rozwoju, inna kadra zarządzająca [↑](#footnote-ref-1)