|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FISZKA**  **OPIS INNOWACYJNEGO POMYSŁU NA RZECZ OSÓB ZALEŻNYCH ZE WZGLĘDU NA WIEK LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ** | | | |
| **KLUCZOWE PROBLEMY** *(opis problemu, który ma zostać zniwelowany/rozwiązany w wyniku podjęcia planowanych działań)* | | | |
|  | | | |
| **ADRESACI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ** *(zaznacz czy Twój pomysł kierowany jest do osób starszych, czy niepełnosprawnych, przedstaw charakterystykę osób, do których kierowane będzie działanie, np. wiek, rodzaj niepełnosprawności*, *inne cechy charakterystyczne)* | | | |
| **Osoby starsze** |  | **Osoby niepełnosprawne** |  |
|  | | | |
| **OPIS INNOWACJI** *(przedstaw zarys planowanych działań i wskaż na czym polega innowacyjność Twojego pomysłu)* | | | |
|  | | | |
| **ZAKŁADANY EFEKT INNOWACJI** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DO KONTAKTU** | | | | | | | |
| **Pomysł zgłoszony przez :** *(zaznacz właściwe)* | **Osobę fizyczną** |  | **Podmiot** | |  | **Partnerstwo** |  |
| **Nazwa podmiotu**  *(jeśli dotyczy)* |  | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | **Imię** |  | | | |
| **Miejscowość /Kod** |  | | **Ulica** |  | | | |
| **Telefon** |  | | **e-mail** |  | | | |

*Dziękujemy za wypełnienie fiszki i zapraszamy do kontaktu*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta, tj. ROPS. z siedzibą w Krakowie, w ramach Projektu „Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych” (Temat: Usługi opiekuńcze dla osób zależnych) zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późniejszymi zmianami).*