

**SPECYFIKACJA INNOWACJI
PROJEKTU MAŁOPOLSKI INKUBATOR INNOWACJI SPOŁECZNYCH**

1. Tytuł Innowacji Społecznej:	
2. Nr wniosku:	

A. GRANTOBIORCA

1. Status Grantobiorcy	Osoba fizyczna <input type="checkbox"/>	Podmiot <input type="checkbox"/>	Partnerstwo <input type="checkbox"/>
2. Pełna nazwa organizacji /Imię i nazwisko osoby fizycznej / Partner			
3. Adres siedziby podmiotu /miejsca zamieszkania Grantobiorcy, nr telefonu, email	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
	Telefon:	Kod pocztowy: Miejscowość:	
4. NIP (jeśli dotyczy):			
5. PESEL (jeśli dotyczy):			
6. KRS/CEIDG (jeśli dotyczy)			
7. Osoba uprawniona do podejmowania wiążących decyzji w imieniu Grantobiorcy:	Imię i nazwisko: Pełnione stanowisko (jeśli dotyczy): Telefon: E-mail		
8. Osoba wskazana do kontaktów roboczych/koordynator realizacji Grantu:	Imię i nazwisko: Pełnione stanowisko (jeśli dotyczy): Telefon: E-mail		
9. WNIOSKOWANA KWOTA GRANTU:	_____ , __ zł	Słownie:	
10. PRZYZNANA KWOTA GRANTU	_____ , __ zł	Słownie:	
11. FORMA ZABEZPIECZENIA			
12. WARTOŚĆ ZABEZPIECZENIA	_____ , __ zł	Słownie:	

B. INNOWACJA SPOŁECZNA

1. OPIS INNOWACYJNOŚCI PROPONOWANEGO ROZWIĄZANIA:	
2. OPIS PROBLEMU, NA KTÓRY ODPOWIADA INNOWACJA:	

3. CEL INNOWACJI SPOLECZNEJ (w tym produkt końcowy):											
4. OKRES REALIZACJI INNOWACJI SPOLECZNEJ:											
Data rozpoczęcia:				Data zakończenia:							
dd-mm-rr				dd-mm-rr							
5. ODBIORCY INNOWACJI											
Grupa Odbiorców:*		Osoby niepełnosprawne intelektualnie wymagające usług opiekuńczych i ich opiekunowie									
		Osoby niepełnosprawne wymagające usług opiekuńczo-asystenckich w miejscu zamieszkania i ich opiekunowie									
		Osoby niepełnosprawne wymagające usług asystenckich przy uczestniczeniu w życiu społecznym i obywatelskim									
		Osoby starsze wymagające opieki w miejscu zamieszkania i ich opiekunowie									
6. OKRES TESTOWANIA											
Okres testowania				od:	Dzień	Miesiąc	Rok	Do:	Dzień	Miesiąc	Rok
					--	--	----		--	--	----
7. OPIS GRUPY ODBIORCÓW TESTUJĄCYCH INNOWACJĘ (w opis grupy, liczebność, miejsce testowania):											
8. PRZEWDYWANE RYZYKO											
RYZYKO				DZIAŁANIA ZARADCZE							
a)				a)							
b)				b)							
c)				c)							
9. ZAŁĄCZNIK:											
1. Kosztorys											

Data zatwierdzenia specyfikacji:

Zatwierdzenie przez Inkubator

Akceptacja Grantobiorcy

.....
Podpis

.....
Data i podpis