# Załącznik Nr 2 do umowy o powierzenie grantu nr …………………..

# 

|  |  |
| --- | --- |
| **SPECYFIKACJA INNOWACJI SPOŁECZNEJ**  Realizowana w ramach projektu pn. „Inkubator dostępności” | |
| 1. **Tytuł Innowacji Społecznej:** |  |

| 1. GRANTOBIORCA | Pole do wypełnienia: |
| --- | --- |
| 1. Status Grantobiorcy | Osoba fizyczna  Podmiot  Partnerstwo |
| 1. Pełna nazwa organizacji  /Imię i nazwisko osoby fizycznej / Partner |  |
| 1. **Adres** siedziby podmiotu  /miejsca zamieszkania Grantobiorcy, nr telefonu, email | Ulica:  Nr domu/lokalu:  Kod pocztowy:  Miejscowość:  Telefon:  E-mail: |
| 1. **NIP (***jeśli dotyczy***):** |  |
| 1. **PESEL** *(jeśli dotyczy)***:** |  |
| 1. **KRS/CEIDG** *(jeśli dotyczy)* |  |
| 1. **Osoba uprawniona**  do podejmowania wiążących decyzji w imieniu Grantobiorcy: | Imię i nazwisko  Pełnione stanowisko *(jeśli dotyczy):*  Imię i nazwisko:  Pełnione stanowisko *(jeśli dotyczy):*  e-mail: |
| 1. Osoba wskazana   **do kontaktów** roboczych/koordynator realizacji Grantu: | Imię i nazwisko:  Pełnione stanowisko *(jeśli dotyczy):*Telefon:  e-mail**:** |
| 1. WNIOSKOWANA KWOTA GRANTU: | Słownie: |
| 1. PRZYZNANA KWOTA GRANTU | Słownie: |
| 1. WARTOŚĆ ZABEZPIECZENIA |  |

| 1. **INNOWACJA SPOŁECZNA** |
| --- |
| 1. **OPIS INNOWACJI** (cel innowacji i jej zgodność z tematem projektu Inkubator Dostępności): |
|  |
| 1. **UZASADNIENIE INNOWACYJNOŚCI (z uwzględnieniem skali całego kraju):** |
|  |
| 1. **OPIS DOSTĘPNOŚCI ROZWIĄZANIA** (zgodność wypracowanych produktów lub usług ze standardami dostępności): |
|  |
| 1. **OPIS GRUPY DOCELOWEJ** (opis grupy potencjalnych odbiorców i użytkowników, ich problemów i potrzeb): |
|  |
| 1. **KONCEPCJA TESTOWANIA INNOWACJI (**określająca podstawowe założenia testowania, liczbę testerów i ich charakterystykę, planowane działania i warunki ich realizacji)**:** |
|  |
| 1. **PLANOWANA ZMIANA JAKĄ WPROWADZA INNOWACJA** (co dane rozwiązanie/ innowacja zmieni w kontekście potrzeb osób starszych lub z niepełnosprawnościami; jak zmieni się ich życie?): |
|  |
| 1. **OKRES REALIZACJI INNOWACJI SPOŁECZNEJ:** |
| Data rozpoczęcia:  Data zakończenia: |
| 1. **OKRES TESTOWANIA** |
| Data rozpoczęcia:  Data zakończenia: |
| **ZAŁĄCZNIKI:** |
| 1. Opis zakładanych rezultatów Innowacji Społecznych 2. Kosztorys |

Data zatwierdzenia specyfikacji:

Zatwierdzenie przez Grantodawcę Zatwierdzenie przez Grantobiorcę

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

Podpis Data i podpis

#### Załącznik nr 1 do Specyfikacji Innowacji Społecznej

Opis zakładanych efektów Innowacji Społecznych pn. „………………………………………………….”

| **ETAP PRZYGOTOWANIA DO TESTOWANIA** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **EFEKT** | **OPIS**  efektu wraz ze wskazaniem wymogów jakościowych | **Miernik** | **Wartość miernika** | **Dowód osiągnięcia efektów** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

| **ETAP TESTOWANIA** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **EFEKT** | **OPIS**  efektu wraz ze wskazaniem wymogów jakościowych | **Miernik** | **Wartość miernika** | **Dowód osiągnięcia efektów** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |