

**SPECYFIKACJA INNOWACJI  
PROJEKTU MAŁOPOLSKI INKUBATOR INNOWACJI SPOŁECZNYCH**

<b>1. Tytuł Innowacji Społecznej:</b>					
<b>2. Nr wniosku:</b>					
<b>A. GRANTOBIORCA</b>					
<b>1. Status Grantobiorcy</b>	Osoba fizyczna <input type="checkbox"/>	Podmiot <input type="checkbox"/>	Partnerstwo <input type="checkbox"/>		
<b>2. Pełna nazwa organizacji /Imię i nazwisko osoby fizycznej / Partner</b>					
<b>3. Adres siedziby podmiotu /miejsca zamieszkania Grantobiorcy, nr telefonu, email</b>	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Kod pocztowy:	Miejscowość:
	Telefon:		E-mail:		
<b>4. NIP (jeśli dotyczy):</b>					
<b>5. PESEL (jeśli dotyczy):</b>					
<b>6. KRS/CEIDG (jeśli dotyczy)</b>					
<b>7. Osoba uprawniona do podejmowania wiążących decyzji w imieniu Grantobiorcy:</b>	Imię i nazwisko: Pełnione stanowisko (jeśli dotyczy): Telefon: E-mail				
<b>8. Osoba wskazana do kontaktów roboczych/koordynator realizacji Grantu:</b>	Imię i nazwisko: Pełnione stanowisko (jeśli dotyczy): Telefon: E-mail				
<b>9. WNIOSKOWANA KWOTA GRANTU:</b>	_____ , __ zł		Słownie:		
<b>10. PRZYZNANA KWOTA GRANTU</b>	_____ , __ zł		Słownie:		
<b>11. FORMA ZABEZPIECZENIA</b>					
<b>12. WARTOŚĆ ZABEZPIECZENIA</b>	_____ , zł		Słownie:		
<b>B. INNOWACJA SPOŁECZNA</b>					
<b>1. OPIS INNOWACYJNOŚCI PROPONOWANEGO ROZWIĄZANIA:</b>					
<b>2. OPIS PROBLEMU, NA KTÓRY ODPOWIADA INNOWACJA:</b>					
<b>3. CEL INNOWACJI SPOŁECZNEJ ( w tym produkt końcowy):</b>					

<b>4. OKRES REALIZACJI INNOWACJI SPOŁECZNEJ:</b>											
Data rozpoczęcia:				Data zakończenia:							
dd-mm-rr				dd-mm-rr							
<b>5. ODBIORCY INNOWACJI</b>											
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									
<b>6. OKRES TESTOWANIA</b>											
Okres testowania				od:	Dzień	Miesiąc	Rok	Do:	Dzień	Miesiąc	Rok
					--	--	----		--	--	---
<b>7. OPIS GRUPY ODBIORCÓW TESTUJĄCYCH INNOWACJĘ (w opis grupy, liczebność, miejsce testowania):</b>											
<b>8. PRZEWIDYWANE RYZYKO</b>											
<b>RYZYKO</b>				<b>DZIAŁANIA ZARADCZE</b>							
a)				a)							
b)				b)							
c)				c)							
<b>9. ZAŁĄCZNIK:</b>											
1. Kosztorys											
2. Opis zakładanych efektów Innowacji Społecznej pn. „.....”											

Data zatwierdzenia specyfikacji:

Zatwierdzenie przez Inkubator

Akceptacja Grantobiorcy

.....  
Podpis

.....  
Data i podpis

Załącznik nr 2  
do Specyfikacji Innowacji

Opis zakładanych efektów Innowacji Społecznej pn. „.....”

I.p.	Efekt	OPIS	Miernik	Wartość miernika	Dowód osiągnięcia efektu
		<b>ETAP PRZYGOTOWANIA DO TESTOWANIA</b>			
1.					
...					
...					
...					
		<b>ETAP TESTOWANIA</b>			
1.					
...					
...					
...					