

**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:	Kod pocztowy:	Miejscowość:
	Telefon:		E-mail:		
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 SPOŁECZNEJ (w tym produkt końcowy):					

4. OKRES REALIZACJI INNOWACJI SPOŁECZNEJ:											
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. PRZEWIDYWANE RYZYKO											
RYZYKO				DZIAŁANIA ZARADCZE							
a)				a)							
b)				b)							
c)				c)							
9. ZAŁĄCZNIK:											
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
		ETAP PRZYGOTOWANIA DO TESTOWANIA			
1.					
...					
...					
...					
		ETAP TESTOWANIA			
1.					
...					
...					
...					