# 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 fizycznaPodmiot 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 nazwiskoPełnione 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. |  |  |  |  |  |