# KARTA INNOWACJI SPOŁECZNEJ

Konkurs na innowacje społeczne organizowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

w Krakowie w ramach projektu INKUBATOR DOSTEPNOŚCI

Działanie 4.1 Innowacje Społeczne

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

|  |
| --- |
| I. PROFIL WNIOSKODAWCY |
| [ ]  OSOBA FIZYCZNA |
| Imię i nazwisko |
|  |
| PESEL/NIP (w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą) |
|  |
| adres zamieszkania |
|  |
| nr telefonu |
|  |
| adres mailowy |
|  |

|  |
| --- |
| [ ]  PODMIOT |
| Nazwa Podmiotu |
|  |
| KRS |
|  |
| NIP |
|  |
| adres siedziby |
|  |
| adres mailowy |
|  |
| osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu:*\*Wskaż osobę/by uprawnioną/e do podpisywania umów i zaciągania zobowiązań w imieniu podmiotu* |
|  |
| osoba do kontaktu: |
|  |
| telefon kontaktowy: |
|  |

|  |
| --- |
| [ ]  PARTNERSTWO |
| Partnerzy: Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| adres zamieszkania lub siedziby |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| PESEL (osoba fizyczna) lub NIP (podmiot) |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| KRS/ NIP – *jeśli dotyczy* |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| osoba upoważniona do reprezentowania partnerstwa: |
|  |
| nr telefonu |
|  |
| adres mailowy |
|  |

|  |
| --- |
| II. DOŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY W OBSZARZE TEMATYCZNYM ZGŁASZANEJ INNOWACJI*Przedstaw informacje na temat swoich dotychczasowych działań na rzecz grupy odbiorców oraz potencjału jaki posiadasz i zamierzasz wykorzystać w ramach testowania innowacji społecznej (np. kadrowy, techniczny, organizacyjny).* |
|  |
| III. OPIS ZGŁASZANEJ INNOWACJI |
| Tytuł Innowacji Społecznej |
|  |
| Planowany okres realizacji (w miesiącach) |
| Okres przygotowania *(max. 3 miesiące):* |
|   |
| Okres testowania (*maksymalnie 6 miesięcy):*  |
|  |
| Rodzaj proponowanego rozwiązania *(zaznacz opcje najbardziej odpowiadające charakterowi proponowanego rozwiązania)* |
| [ ]  usługa |
| [ ]  produkt |
| [ ]  rozwiązanie technologiczne |
| [ ]  sposób pracy/metoda |
| [ ]  udostępnienie przestrzeni |

|  |
| --- |
| Grupa odbiorców, do których jest kierowana innowacja społeczna *Zaznacz „X” w odpowiednim polu określającym grupę odbiorców wsparcia, do której kierowana jest innowacja społeczna.* |
| [ ]  osoby z niepełnosprawnościami (w tym dzieci) |
| [ ]  osoby starsze o ograniczonej mobilności lub percepcji |
| [ ]  obydwie te grupy |
| Opis odbiorców wsparcia, biorących udział w testowaniu innowacji *Opisz:** *kto będzie uczestnikiem testu innowacji, jakie są charakterystyczne cechy Twojej grupy testującej - np. osoby starsze, które mają trudności w poruszaniu się, zamieszkujące gminę/ dzielnicę/ulicę X?*
* *gdzie będzie testowana innowacja?*
* *ile osób masz zamiar zaprosić do testu?*
* *jak zamierzasz pozyskać grupę testującą?*
* *jakie są potrzeby grupy testującej w zakresie dostępności?*

*Pamiętaj, że nie możesz pobierać opłat od uczestników testu, a grupa musi liczyć minimum 7 osób, a maksymalnie 12 osób.*  |
|  |
|  |
| Cel i założenia innowacji *Krótko opisz swoje rozwiązanie w kontekście problemu i potrzeby społecznej związanej z ograniczoną dostępnością przestrzeni publicznej, komunikacji, w korzystaniu z usług itp.* |
|   |
| Na czym polega innowacyjność rozwiązania?*Krótko opisz czym wyróżnia się Twoje rozwiązania na tle istniejących w Polsce rozwiązań? Dlaczego jest innowacyjne?*  |
|  |
| Planowane działania*Wymień i krótko opisz jakie działania chcesz zrealizować, aby przygotować i przetestować innowację.*  |
|  |

|  |
| --- |
| Harmonogram i koszty-**Etap przygotowania do testowania innowacji społecznej***Do opisanych powyżej działań przypisz propozycję terminów w jakich chcesz je zrealizować, efektów, które chcesz uzyskać i szacowany koszt każdego z działań. Suma zaplanowanych* *wydatków to jednocześnie kwota przeznaczona na realizację innowacji, o którą wnioskujesz.* |
| **l.p.** | **Działania** – co chcę zrobić  | **Terminy realizacji** – ile czasu na to potrzebuję (od-do) | **Efekty** – co chce uzyskać | **Mierniki efektów**- ile (np. 10 szkoleń, 150 zestawów itp.) | **Łączny koszt działania** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Harmonogram i koszty- **Etap testowania innowacji społecznej***Do opisanych powyżej działań przypisz propozycję terminów w jakich chcesz je zrealizować, efektów, które chcesz uzyskać i szacowany koszt każdego z działań. Suma zaplanowanych* *wydatków to jednocześnie kwota przeznaczona na realizację innowacji, o którą wnioskujesz.* |
| **l.p.** | **Działania** – co chcę zrobić  | **Terminy realizacji** – ile czasu na to potrzebuję (od-do) | **Efekty** – co chce uzyskać | **Mierniki efektów**- ile (np. 10 szkoleń, 150 zestawów itp.) | **Łączny koszt działania** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Suma zaplanowanych wydatków:*Suma zaplanowanych* *wydatków to jednocześnie kwota przeznaczona na realizację innowacji, o którą wnioskujesz.* |
|  |
| Przewidywane efekty społeczne*Jak Twoje rozwiązanie wpłynie na poprawę dostępności do przestrzeni, usług, produktów dla osób starszych i z niepełnosprawnością? Jak zmieni ich życie?* *Co się zmieni i w jaki sposób?* |
|  |
| Jak Twoja innowacja będzie mogła być wykorzystana w przyszłości?*Krótko opisz jak będzie można wykorzystać innowację i kto będzie mógł ją wdrożyć?* |
|  |

|  |
| --- |
| IV. OŚWIADCZENIA |
| 1. Czy ubiegałeś/aś się o grant w temacie: inkubacja innowacji społecznych w temacie dostępności u innego Inkubatora wybranego do dofinansowania w ramach konkursu nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-022/18 na inkubację innowacji społecznych w ramach Działania 4.1 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020?[ ] TAK [ ] NIEJeśli odpowiedziałeś/aś TAK, to podaj nazwę Inkubatora, w którym ubiegałeś się o grant: |