

.....
(pieczęćka OPS)**PLAN WYDATKÓW**

określający koszt realizacji form wsparcia dla Uczestnika projektu pod nazwą: „Rodzina na PLUS” edycja biorącego udział w projekcie w ramach KONTRAKTU SOCJALNEGO

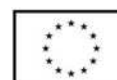
I. Dane osobowe Beneficjenta Ostatecznego (uczestnika projektu):

(dotyczy osoby biorącej bezpośredni udział w projekcie)

1.	Nazwisko	2.	Imię
3.	Data urodzenia	4.	PESEL
5.	Adres zamieszkania	6.	Telefon

II. Planowany koszt realizacji form wsparcia dla Uczestnika projektu:

Lp.	Rodzaj formy wsparcia dla Uczestnika projektu	OKRES formy wsparcia	Planowane koszt na poszczególne formy wsparcia (zł)	Planowany koszt ogólny (zł)	Ogólny koszt wsparcia (zł)
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
1.	WSPARCIE GRUPOWE				
	warsztaty rozwoju umiejętności społecznych 60h/grupa;				
	warsztaty zarządzania czasem i budżetem domowym 32h/grupa;				
	warsztaty „szkoła dla rodziców” 30h/grupa;				
	warsztaty aktywności lokalnej 16h/grupa;				
	inicjatywa lokalna 1 inicjatywa/grupa;				
2.	WSPARCIE INDYWIDUALNE				
	indywidualne wsparcia psychologiczne 13h/osoba;				
	indywidualne poradnictwo prawne 5h/rodzinę;				



Lp.	Rodzaj działania/wsparcia dla Beneficjenta Ostatecznego projektu	OKRES zastosowania instrumentu/ działania	Planowane koszty na poszczególne formy wsparcia (zł)	Planowany koszt ogólny wg instrumentów aktywnej integracji lub zadania (zł)	Ogólny koszt wsparcia (zł)
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
3.	ZASIŁKI I POMOC W NATURZE (świadczenie pieniężne)				
	świadczenia pieniężne, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, w trybie decyzji administracyjnej. Świadczenia mają charakter wspierający działania aktywizacyjne 6 zasiłków/uczestnik				
Planowany koszt form wsparcia dla Uczestnika projektu - <u>WSPARCIE GRUPOWE</u> (zł) (poz.1)					
Planowany koszt form wsparcia dla Uczestnika projektu - <u>WSPARCIE INDYWIDUALNE</u> (zł) - (poz. 2,3).					
Planowany koszt form wsparcia dla Uczestnika projektu pokryty ze środków EFS oraz jst. (własne) poz. 1,2,3) (zł)					

Opracował:

.....
(data i podpis pracownika socjalnego)

Sprawdził:

.....
(data i podpis Koordynatora)

Zatwierdził:

.....
(data i podpis Kierownika OPS)



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

