***Załącznik nr 1.***

***do Regulaminu projektu***

***„Sala Doświadczania Świata”***

**Wniosek do Fundacji Rosa**

**o dofinansowanie**

**w ramach Projektu „Sala Doświadczania Świata”**

1. **Dane wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
| 1. Pełna nazwa wnioskodawcy: |

|  |
| --- |
| 1. Adres wnioskodawcy: |

|  |
| --- |
| 1. – Nazwa rejestru oraz numer w rejestrze:   (w przypadku wnioskodawców wpisanych do rejestrów organizacji) |

|  |
| --- |
| 1. NIP: |

|  |
| --- |
| 1. REGON: |

|  |
| --- |
| 1. Numer konta bankowego wnioskodawcy: |

|  |
| --- |
| 1. Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy: |

|  |
| --- |
| 1. Numer telefonu: |

|  |
| --- |
| 1. Adres email: |

1. **Dodatkowe informacje o wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
| 1. Opis prowadzonej przez wnioskodawcę działalności w zakresie działalności terapeutycznej . |

|  |
| --- |
| 1. Zrealizowane lub prowadzone projekty z udziałem podopiecznych: |

|  |
| --- |
| 1. Kadra terapeutyczna gotowa do prowadzenia zajęć w Sali Doświadczania Świata stworzonych w ramach Projektu: |

|  |
| --- |
| 1. Osoba do kontaktu roboczego – imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail: |

1. **Opis planowanych zajęć w Sali Doświadczania Świata w przypadku objęcia wnioskodawcy projektem:**

|  |
| --- |
| 1. Jakie zajęcia będą prowadzone w Sali Doświadczania Świata: |

|  |
| --- |
| 1. Rezultaty planowane do osiągniecia w związku z utworzeniem Sali Doświadczania Świata wyposażonych sprzętem uzyskanym dzięki wsparciu udzielonemu przez Fundację w ramach Projektu: |

Przykładowy harmonogram dla minimalnego okresu prowadzenia zajęć w ramach Projektu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **Rodzaj zajęć** | **Liczba godzin** | **Liczba uczestników** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Zapotrzebowanie – jakie wyposażenie pokoju terapeutycznego jest niezbędne do urządzenia Sali Doświadczania Świata w ramach Projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa artykułu** | **Ilość** | **Orientacyjna cena** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. **Powierzchnia możliwa do zagospodarowania u wnioskodawcy na Salę Doświadczania Świata (długość, szerokość i wysokość pomieszczeń oraz liczba pomieszczeń):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Czy wnioskodawca dysponuje obecnie pokojem terapeutyczny zawierający sprzęt terapeutyczny podobny do sprzętu objętego niniejszym wnioskiem:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Czy w pobliżu siedziby wnioskodawcy (w odległości do 10 km) znajduje się sala terapeutyczna zawierająca sprzęt rehabilitacyjny podobny do sprzętu objętego niniejszym wnioskiem:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wnioskowana kwota dofinansowania:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Podpis osoby działającej w imieniu wnioskodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_