

Załącznik 2

Po otrzymaniu informacji o konieczności złożenia informacji o planowanych zadaniach przeznaczonych do realizacji w danym roku kalendarzowym z zakresu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2017-2021 (zgodnych z Harmonogramem). Powyższe informacje należy wpisać do formularza według poniższego wzoru i przesłać do jednostki, która się o nie zwróciła (powiat/gmina bądź Pomorski Urząd Wojewódzki).

Opis jak prawidłowo wypełnić formularz sprawozdawczy.

Na jednym druku sprawozdawczym może być wpisane tylko jedno zadanie wynikające z **Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2017-2021 (proszę nie robić „zbiorówek”)** realizowane przez podmiot sprawozdający.

Uwaga: dla każdego zadania sporządzamy osobny druk sprawozdawczy.

W pozycjach formularza :

1. W pozycji **Obszar tematyczny** używamy tylko zwrotów, określeń, zawartych w Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczaniu AIDS, opracowanego na lata 2017-2021, *np. „Zapobieganie zakażeniu HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych .”*

Wpisujemy tylko jedno określenie/ zwrot , zgodne z „Harmonogramem”!!!

2. W pozycji **„Cel ogólny”** używamy tylko zwrotów, określeń zawartych w Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczaniu AIDS, opracowanego na lata 2017-2021
np. „ Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV”

Wpisujemy tylko jedno określenie/ zwrot, zgodne z „Harmonogramem”!!!

3. W pozycji **„Cel szczegółowy”** używamy tylko zwrotów, określeń zawartych w Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczaniu AIDS, opracowanego na lata 2017-2021, *np., „ Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych ”*

Wpisujemy tylko jedno określenie, zgodne z Harmonogramem”!!!

4. W pozycji **Zadanie** używamy tylko zwrotów, określeń zawartych w Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczaniu AIDS, opracowanego na lata 2017-2021 *np., „ Edukacja w zakresie ochrony przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową i/ lub drogą krwi w tym spowodowanymi przyjmowaniem substancji psychoaktywnych drogą iniekcji) ze szczególnym uwzględnieniem HIV”*

Wpisujemy tylko jedno określenie/ zwrot ,zgodne z „Harmonogramem”!!!

5. W pozycji **Zadanie własne** – **nie należy wypełniać**

Sprawozdanie/a wypełnione nie prawidłowo zostanie zwrócone do podmiotu sprawozdającego.

6. W pozycji **Zasięg** – jeśli zadanie było realizowane na terenie jednej placówki należy zaznaczyć krzyżykiem (X) pozycję **regionalny**. Jeśli zadanie jest realizowane wspólnie przez kilka placówek należy zaznaczyć (X) **powiatowy**

Poniżej wzór prawidłowo wypełnionego sprawozdania. Dane w poniższym wzorze są zamieszczone przykładowo !!!!

Podmiot sprawozdający *	Nazwa szkoły np. : Technikum Przetwórstwa	
Obszar tematyczny *	Przykład:(zgodny z określeniem harmonogramu) Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych	
Cel ogólny *	Przykład:(zgodny z określeniem harmonogramu) Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	
Cel szczegółowy *	Przykład:(zgodny z określeniem harmonogramu) Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych Tutaj opis pola	
Zadanie *	Przykład: (zgodny z określeniem harmonogramu) Edukacja w zakresie ochrony przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową i/ lub drogą krwi (w tym spowodowanymi przyjmowaniem substancji psychoaktywnych drogą iniekcji) ze szczególnym uwzględnieniem HIV Tutaj opis pola	
Zadanie własne *	Przykład: Edukacja młodzieży tutaj opis pola	
Grupa odbiorców	Nazwa grupy odbiorców	Liczba zakładana
	Przykład: Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych	70
	Proszę podać grupę odbiorców oraz liczbę zakładaną odnoszącą się do tej grupy	
Podmiot realizujący zadanie *	Tu wpisujemy realizatorów np. :Nazwa Szkoły oraz jeśli występuje drugi realizator np. fundacja też należy wpisać.	

	tutaj opis pola	
Typ instytucji realizującej zadanie	Instytucja rządowa	
	Instytucja samorządowa	X
	Jednostka nadzorowana	
	Jednostka podległa	
	Organizacja pozarządowa fundacja	
	Organizacja pozarządowa stowarzyszenie	
	inne	
Organizacja Pożytku Publicznego	Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok jednej z nazw	
	TAK / NIE Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź	
Kontynuacja zadania	TAK / NIE Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź	
Zasięg	ogólnopolski	
	regionalny	X
	wojewódzki -	
	powiatowy	
Spójność tematyczna z innymi krajowymi programami	Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok jednej z pozycji. W przypadku wyboru pozycji „zasięg wojewódzki”, prosimy podać nazwę województwa, w miejscu zakropkowanym.	
	alkohol	
	narkotyki	
	przemoc	
	dzieci i młodzież	
	zdrowie prokreacyjne	
	polityka prorodzinna	
	inne	
	nie dotyczy	X
	Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok wybranych pozycji.	
Termin realizacji zadania	Np. 2019-01-01 - 2019-12-31 (rok kalendarzowy)	
Planowana kwota realizacji zadania całego zadania	Data od – do w formacie yyyy-mm-dd	
	7500 PLN	
Rodzaj wsparcia zadań z innych źródeł	tutaj opis pola	
	Nazwa	Kwota planowana
	Marszałek	
	Wojewoda	
	Państwowa Inspekcja Sanitarna	

	Krajowe Centrum ds. Aids	
	Organizacja pozarządowa	Brak danych
	Starostwo Powiatowe	
	Urząd Miasta	
	Urząd Gminy	
	Sponsor prywatny	
	inne	
	Proszę podać kwoty w wierszu odpowiadającym źródłom dofinansowania.	
	pozafinansowe - lokal	
	pozafinansowe - sprzęt	X
	pozafinansowe - kadra	
	pozafinansowe – materiały informacyjne	
	pozafinansowe - wolontariat	
	pozafinansowe - inne	
	zadanie realizowane w ramach zadań statutowych	
zadanie realizowane przez pracownika w ramach etatu		
Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok wybranych pozycji.		

Druk (gotowy do wypełnienia znajduje się poniżej) sprawozdania/ sprawozdań do uzupełnienia przez podmiot sprawozdający.

Podmiot sprawozdający *		
Obszar tematyczny *		
Cel ogólny *		
Cel szczegółowy *		
Zadanie *		
Zadanie własne *	tutaj opis pola	
Grupa odbiorców	Nazwa grupy odbiorców	Liczba zakładana
	Proszę podać grupę odbiorców oraz liczbę zakładaną odnoszącą się do tej grupy	
Podmiot realizujący zadanie *		
Typ instytucji realizującej zadanie	Instytucja rządowa	
	Instytucja samorządowa	
	Jednostka nadzorowana	
	Jednostka podległa	

	Organizacja pozarządowa fundacja	
	Organizacja pozarządowa stowarzyszenie	
	inne	
	Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok jednej z nazw	
Organizacja Pożytku Publicznego	TAK / NIE Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź	
Kontynuacja zadania	TAK / NIE	
	Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź	
Zasięg	ogólnopolski	
	regionalny	
	wojewódzki	
	powiatowy	
	Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok jednej z pozycji. W przypadku wyboru pozycji „zasięg wojewódzki”, prosimy podać nazwę województwa, w miejscu zakropkowanym.	
Spójność tematyczna z innymi krajowymi programami	alkohol	
	narkotyki	
	przemoc	
	dzieci i młodzież	
	zdrowie prokreacyjne	
	polityka prorodzinna	
	inne	
	nie dotyczy	
	Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok wybranych pozycji.	
	Termin realizacji zadania	2019-01-01 - 2019-12-31
	Data od – do w formacie yyyy-mm-dd	
Planowana kwota realizacji całego zadania		
	tutaj opis pola	
Rodzaj wsparcia zadań z innych źródeł	Nazwa	Kwota planowana
	Marszałek	
	Wojewoda	
	Państwowa Inspekcja Sanitarna	
	Krajowe Centrum ds. Aids	
	Organizacja pozarządowa	
	Starostwo Powiatowe	
	Urząd Miasta	
	Urząd Gminy	
	Sponsor prywatny	

	inne	
	Proszę podać kwoty w wierszu odpowiadającym źródłom dofinansowania.	
	pozafinansowe - lokal	
	pozafinansowe - sprzęt	
	pozafinansowe - kadra	
	pozafinansowe – materiały informacyjne	
	pozafinansowe - wolontariat	
	pozafinansowe - inne	
	zadanie realizowane w ramach zadań statutowych	
	zadanie realizowane przez pracownika w ramach etatu	
Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok wybranych pozycji.		