**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży”. Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (POWR.05.02.00-00-0001/21)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PODMIOTU DO PROJEKTU**

**„*Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*”**

Formularz zgłoszeniowy podmiotu kandydującego do uczestnictwa w projekcie powinien być wypełniony **elektronicznie** (czcionka wielkości minimum 10) oraz podpisany elektronicznie podpisem kwalifikowanym w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie pole do wyboru.

Złożenie dokumentów jest możliwe tylko za pośrednictwem ePUAP. Dokumenty muszą zostać złożona w formie pliku z rozszerzeniem „.pdf” oraz podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym w formacie PAdES. Przystępując do projektu podmiot kandydujący do uczestnictwa w projekcie zobowiązuje się do składania dokumentów za pośrednictwem ePUAP oraz do prowadzenia dalszej korespondencji w formie elektronicznej za pośrednictwem ePUAP lub poczty elektronicznej. Dokumenty w wersji papierowej można przesyłać jedynie w wyjątkowych przypadkach, za zgodą Lidera.

**Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Projektu** | |
| **Nazwa Lidera Projektu** | Ministerstwo Zdrowia |
| **Partner** | Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego |
| **Tytuł projektu** | Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży |
| **Numer projektu** | POWR.05.02.00-00-0001/21 |
| **Priorytet, Działanie** | V Oś Priorytetowa, Działanie 5.2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dane podmiotu otrzymującej wsparcie** | | | | | | | | | | |
| Kraj |  | | | | | | | | | |
| Nazwa Podmiotu |  | | | | | | | | | |
| NIP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞎 podmiot nie posiada numeru NIP | | | | | | | | | |
| Typ podmiotu | Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi: | | | | | | | | | |
|  | 🞎podmiot wykonujący działalność leczniczą | | | | | | | | | |
|  | 🞎instytut naukowo-badawczy | | | | | | | | | |
|  | 🞎jednostka administracji rządowej | | | | | | | | | |
|  | 🞎jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych) | | | | | | | | | |
|  | 🞎organizacja pozarządowa | | | | | | | | | |
|  | 🞎organizacja pracodawców | | | | | | | | | |
|  | 🞎ośrodek wsparcia ekonomii społecznej | | | | | | | | | |
|  | 🞎placówka systemu oświaty | | | | | | | | | |
|  | 🞎podmiot ekonomii społecznej | | | | | | | | | |
|  | 🞎prokuratura | | | | | | | | | |
|  | 🞎przedsiębiorstwo | | | | | | | | | |
|  | 🞎instytucja rynku pracy | | | | | | | | | |
|  | 🞎sądy powszechne | | | | | | | | | |
|  | 🞎szkoła | | | | | | | | | |
|  | 🞎uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni | | | | | | | | | |
|  | 🞎związek zawodowy | | | | | | | | | |
|  | 🞎 inne | | | | | | | | | |
| **2. Dane teleadresowe** | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | |
| Nr budynku |  | | | | | | | | | |
| Nr lokalu |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | 🞎miasto  🞎małe miasto lub przedmieście  🞎obszar wiejski | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wybór formy wsparcia przez podmiot uczestniczący w projekcie dla pracowników, ze wskazaniem listy uczestników** | |
| **Rodzaj wsparcia** |  |
| *Szkolenia z zakresu standardów organizacyjnych standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych dla pracownika* | |
| z zakresu standardów organizacyjnych | Dane uczestnika (Imię i nazwisko) |
| z zakresu standardów diagnostyczno-terapeutycznych | Dane uczestnika (Imię i nazwisko) |
| udział w programie wizyt studyjnych **(wyłącznie *dla pracowników I poziomów referencyjnych)*** | Dane uczestnika (Imię i nazwisko) |
| udział w konsultacjach z lekarzami psychiatrami  **(wyłącznie *dla pracowników I poziomów referencyjnych)*** | Dane uczestnika (Imię i nazwisko) |
| Warsztaty dotyczące doskonalenia kompetencji zarządzania zmianą | Dane uczestnika (Imię i nazwisko) |
| Szkolenia z diagnozy funkcjonalnej ICF | Dane uczestnika (Imię i nazwisko) |

**Oświadczenie kierownika podmiotu**

Ja, niżej podpisany/a …………………………………………………….………………………………………………………………………

reprezentujący/a podmiot wskazany w pkt 1 pod nazwą ………………………………………………………………………

oświadczam, że:

Podmiot, który reprezentuję spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie:

🞎 posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w ramach pierwszego/ drugiego/ trzeciego poziomu referencyjnego *(niepotrzebne skreślić).* Numer umowy z Funduszem: …………………………………………………………………………………………………

lub

🞎 planuje zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych

Ponadto oświadczam, iż podmiot, który reprezentuję spełnia dodatkowe kryteria tj.:

🞎 uczestniczy w projekcie PO WER Skalowanie innowacji społecznej dotyczącej Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20)

🞎 posiada umowę z NFZ na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (ale nie posiada umowy w zakresach poziomów referencyjnych) tj.: Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży oraz Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci   
i młodzieży

🞎 posiada umowę z NFZ na świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży (ale nie posiada umowy w zakresach poziomów referencyjnych)

🞎 posiada umowę z NFZ na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (ale nie posiada umowy w zakresach poziomów referencyjnych)

🞎 posiada umowę z NFZ na świadczenia psychiatryczne dla dzieci   
i młodzieży, tj. oddział całodobowy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży (ale nie posiada umowy w zakresach poziomów referencyjnych) tj.: Świadczenia

🞎 spełnia wymagania formalne oraz kadrowe dotyczące możliwości podpisania umowy z NFZ   
(brak podpisanej umowy)

🞎 zlokalizowany/położony jest w miejscowości poniżej 50 tys. mieszkańców

🞎 zlokalizowany/położony jest w województwie, gdzie nie funkcjonuje oddział całodobowy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży

…………………………………………………………

*Data i podpis osoby upoważnionej*