**Karta oceny wniosku w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020**

|  |
| --- |
| *Informacje o wniosku* |
| **Cel operacyjny NPZ *[numer]*** |  |
| **Zadanie z zakresu zdrowia publicznego *[numer, pełna nazwa zadania zgodnie z NPZ]*** |  |
| **Okres realizacji zadania *[od mm.rrrr do mm.rrrr]*** |  |
| **Data wpływu wniosku** |  |
| **Pełna nazwa wnioskodawcy** |  |

OCENA FORMALNA

|  |
| --- |
| **I. KRYTERIA FORMALNE** *(należy każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”)* |
| 1. | Wniosek został złożony przez uprawnionego wnioskodawcę  |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 2. | Wniosek został podpisany przez osobę/y upoważnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 3. | Wniosek został złożony w formie określonej przez instytucję dokonującą oceny wniosku |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 4. | Prawidłowo uzupełniono *Informacje o wniosku* i *Informacje o wnioskodawcy* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 5. | Prawidłowo uzupełniono cz.I wniosku – *Opis sposobu realizacji zadania* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 6. | Prawidłowo uzupełniono cz.II wniosku – *II. Szczegółowy harmonogram realizacji zadania* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 7. | Prawidłowo uzupełniono cz.III wniosku – *III. Plan rzeczowo-finansowy* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 8. | Prawidłowo uzupełniono cz.IV wniosku – *IV. Informacja o prowadzonej działalności* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 9. | Prawidłowo uzupełniono cz.V wniosku – *V. Oświadczenie* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 10. | Wnioskodawca przedłożył aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowania osób go reprezentujących |
| □ Tak  | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia  |
|  | Uwagi: |
| **II. WYNIK OCENY FORMALNEJ**  |
| ***Data oceny formalnej*** |  |
| Czy wniosek spełnia wszystkie kryteria formalne i może być przekazany do oceny merytorycznej? |
| □ Tak | **□** Nie – skierować wniosek do korekty /uzupełnienia \* |
| 1. **WEZWANIE DO UZUPEŁNIENIA** *(Jeżeli dotyczy\*)*
 |
| **Skierowanie wniosku do uzupełnienia***[data, znak pisma, wskazane braki formalne]:**Wezwanie nr 1 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Wezwanie nr 2 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Wezwanie nr 3 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| ***Data wpływu uzupełnienia*** |  |
| 1. **WERYFIKACJA UZUPEŁNIENIA WNIOSKU**
 |
| **L.p.** | ***Data ponownej oceny formalnej*** | **Uzupełnienie braku formalnego** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| **Czy uzupełniono wszystkie wskazane braki formalne?** |
| □ Tak – skierować wniosek do OCENY MERYTORYCZNEJ  | **□** Nie – skierować wniosek do korekty /uzupełnienia \* |
| ***Data skierowania wniosku do oceny merytorycznej*** |  |
| Podpisy osób oceniających wniosek*[imię, nazwisko, stanowisko, komórka organizacyjna]* | Udział w ocenie formalnej wniosku *[daty]* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

II. OCENA MERYTORYCZNA

|  |
| --- |
| **I. KRYTERIA MERYTORYCZNE***(należy każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”)* |
| 1. | Czy wnioskodawca przedstawił opis potrzeb wskazujących na celowość realizacji zadania w oparciu o najnowsze dostępne dane/badania/analizy?  |
| □ Tak | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia |
| Uwagi: |
| 2. | Czy wnioskodawca określił cel realizacji wniosku w kontekście celu zadania z zakresu zdrowia publicznego, który jest możliwy do osiągnięcia, realny i mierzalny? |
| □ Tak | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia |
| Uwagi: |
| 3. | Czy wnioskodawca przedstawił opis działań oraz sposoby/narzędzia ich realizacji?  |
| □ Tak | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia |
| Uwagi: |
| 4. | Czy opis działań oraz skala działań w kontekście celowości realizacji zadania jest trafny? |
| □ Tak | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia |
| Uwagi: |
| 5. | Czy wnioskodawca opisał grupę docelową (tj. osoby/ podmioty), które zostaną objęte wsparciem)? |
| □ Tak  | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 6. | Czy wnioskodawca opisał sposób i kryteria rekrutacji? /-jeśli dotyczy/ |
| □ Tak  | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 7. | Czy wskaźniki rezultatu są adekwatne i mają odpowiednią wartość, czy wskazano sposób monitorowania osiągniętych rezultatów? |
| □ Tak  | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 8. | Czy wskazane materiały są adekwatne i niezbędne dla osiągnięcia zakładanych rezultatów?  |
| □ Tak | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia | □ Nie doTYCZY |
| Uwagi: |
| 9. | Czy harmonogram działań jest racjonalny, tj. sekwencja działań jest właściwa? |
| □ Tak | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 10. | Czy wydatki określone w kalkulacji kosztów są niezbędne do realizacji zadania i osiągania jego celów? |
| □ Tak  | □ Nie – skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 11. | Czy wydatki określone w kalkulacji kosztów spełniają zasady kwalifikowalności wydatków? |
| □ Tak  |  □ Nie –skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 12.. | Czy poziom kosztów administracyjnych zawartych w kalkulacji kosztów nie przekracza dopuszczalnego poziomu wskazanego przez instytucję dokonującą oceny wniosku? |
| □ Tak  |  □ Nie –skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| 13. | Inne uwagi do kosztorysu: |
| □ BRAK UWAG |  □ UWAGI –skierować wniosek do uzupełnienia  |
| Uwagi: |
| **II. WYNIK OCENY MERYTORYCZNEJ** |
| ***Data oceny merytorycznej*** |  |
| **Czy wniosek spełnia wszystkie kryteria merytoryczne?** |
| □ Tak | **□** Nie – skierować wniosek do korekty/uzupełnienia |
| 1. **WEZWANIE DO UZUPEŁNIENIA *(Jeśli dotyczy\*)***
 |
| **Skierowanie wniosku do uzupełnienia***[data, znak pisma, wskazane braki merytoryczne]:**Wezwanie nr 1 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**………………………………………………………………………………………………………….......**Wezwanie nr 2 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**………………………………………………………………………………………………………………**Wezwanie nr 3 ………………………………………………………………………………………………………………*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Data wpływu uzupełnienia*** |  |
| 1. **WERYFIKACJA UZUPEŁNIENIA WNIOSKU**
 |
| **L.p.** | **Data ponownej oceny merytorycznej** | **Uzupełnione braki merytoryczne** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Czy podczas oceny zasięgano opinii, o której mowa w §12 ust. 3 Zasad? |
| □ Tak | **□** Nie |
| Przekazana opinia: |
| **Rekomendowana kwota****dofinansowania wraz z uzasadnieniem\****\*uzasadnienie podaje się wyłącznie w sytuacji rekomendowania przez oceniających kwoty innej niż wnioskowana* |  |
| **Data skierowania wniosku do akceptacji Dyrektora komórki organizacyjnej** |  |
| Podpisy osób oceniających wniosek *[imię, nazwisko, stanowisko, komórka organizacyjna]* | Udział w ocenie merytorycznej wniosku *[daty]* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Akceptuję wniosek pod względem merytorycznym*** |  |
| **Data akceptacji przez Dyrektora komórki organizacyjnej** |  |
| ***Zatwierdzam wniosek do realizacji*** |  |
| **Data zatwierdzenia przez ministra właściwego ds. zdrowia** |  |