**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** | | | | | |  | |