logotypy: Fundusze Europejskie, Ministerstwo Zdrowia, Rzeczpospolita Polska, Unia Europejska

Wniosek o powierzenie grantu

w ramach projektu pn*. Dostępność Plus dla zdrowia*PROGRAM OPERACYJNY WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez instytucję przyjmującą wniosek** |
| **Data wpłynięcia wniosku (DD-MM-RRRR):** |
| **Numer wniosku:** |
| **Nr naboru:** |
| **Imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek:** |
|  |
| **I. INFORMACJE O PRZEDSIĘWZIĘCIU** |
| **1.1. Tytuł:** |
| **1.2 Okres realizacji (DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR):** |
| **1.3 Adres realizacji przedsięwzięcia tj. ADRES lokalizacji, o której mowa w Procedurze (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo, nr tel., adres e-mail, adres www.):** |

|  |
| --- |
| **II. WNIOSKODAWCA** |
| **2.1 Nazwa wnioskodawcy:** |
| **2.2 Forma prawna:** |
| **2.3 NIP:** |
| **2.4 REGON:** |
| **2.5 Adres siedziby (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo, nr tel., adres e-mail, adres www ):** |
| **2.6 Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji w imieniu wnioskodawcy (imię, nazwisko, stanowisko, nr tel., adres e-mail):** |
| **2.7 Osoba do kontaktów roboczych (imię, nazwisko, stanowisko, nr tel., adres e-mail):** |
| **2.8 Umowa z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (nr i data zawarcia umowy z NFZ, okres na jaki zawarto umowę, poziom systemu zabezpieczenia świadczeń (PSZ):** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. OPIS PRZEDSIĘWIĘCIA** | | | |
| **3.1 Wskaźniki realizacji:** | | | |
| **Wskaźnik** | **Jednostka miary** | **Wartość docelowa wskaźnika** | |
| **Kobiety** | **Mężczyźni** |
| Liczba pracowników podmiotu leczniczego, którzy podnieśli kompetencje w zakresie obsługi pacjenta z niepełnosprawnościami | **Osoba** |  |  |
| Liczba osób objętych szkoleniami / doradztwem w zakresie kompetencji cyfrowych | **Osoba** |  |  |
| **3.2 Cel główny oraz opis, w jaki sposób realizacja przedsięwzięcia przyczyni się do osiągnięcia celu projektu Dostępność Plus dla zdrowia tj.Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami:** | | | |

|  |
| --- |
| **3.3 Syntetyczny opis przedsięwzięcia, uwzględniający zidentyfikowane potrzeby w oparciu o standard Dostępności Plus dla szpitala; opis stanu wyjściowego wraz z opisem zadań planowanych do realizacji, zgodnie z Harmonogramem realizacji przedsięwzięcia (jeżeli dany standard jest już spełniony, należy to opisać w jakim zakresie):** |

|  |
| --- |
| **IV. OPIS SYTUACJI WNIOSKODAWCY**  **Opis gotowości organizacyjnej i finansowej wnioskodawcy do realizacji przedsięwzięcia oraz utrzymania jego rezultatów w okresie trwałości projektu:** |
|  |

**V. OŚWIADCZENIA I ZGODY**

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
4. Oświadczam, że przedsięwzięcie jest zgodne z przepisami prawa unijnego i krajowego, w tym dotyczącymi zamówień publicznych oraz pomocy publicznej.
5. Oświadczam, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki przewidziane do poniesienia w ramach przedsięwzięcia nie są i nie będą współfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych, w tym z innych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
6. Oświadczam, iż realizując przedsięwzięcie nie będę mógł odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku od towarów i usług, którego wysokość została zawarta w budżecie przedsięwzięcia. Jednocześniezobowiązuję się do zwrotu części powierzonego grantu, w odniesieniu do podatku od towarów i usług, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie przeze mnie tego podatku[[1]](#footnote-1).
7. Oświadczam, że jestem świadczeniodawcą udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej tj.:

- posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;

- jestem zakwalifikowany w ramach PSZ do poziomu: Szpital III stopnia/Szpital ogólnopolski/Szpital onkologiczny lub pulmonologiczny/Szpital pediatryczny[[2]](#footnote-2) (o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3-6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Oświadczam również, że przez cały okres realizacji przedsięwzięcia oraz w okresie jego trwałości[[3]](#footnote-3) będę udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ramach umowy z NFZ. Oświadczam, że zaproponowane we wniosku o powierzenie grantu wydatki nie przekraczają limitu dla wydatków objętych regułą *cross-financnigu* i środków trwałych, określonych w Procedurze oceny i wyboru wniosków.

1. Oświadczam, że posiadam prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane (o ile dotyczy).
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania rezultatów przedsięwzięcia w okresie jego trwałości.2
3. Oświadczam, że w trakcie realizacji przedsięwzięcia będę współpracował z co najmniej jedną osobą z niepełnosprawnościami lub organizacją pozarządową działającą na rzecz osób z niepełnosprawnościami, występującą w charakterze konsultanta/doradcy.
4. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.
5. Wyrażam zgodę na udostępnienie niniejszego wniosku innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny oraz wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę projektu grantowego lub PO WER.

Wnioskuję/nie wnioskuję o zagwarantowanie przez właściwą instytucję ochrony informacji i tajemnic zawartych w niniejszym wniosku[[4]](#footnote-4):

Podstawa prawna ochrony ww. informacji i tajemnic ze względu na status wnioskodawcy: *Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.*

***VI. Załączniki***

Zał. 1. Harmonogram realizacji przedsięwzięcia

1. Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Okres trwałości projektu grantowego wynosi 5 lat. [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)