E:\Dostępność Plus\ciąg znaków z MZ.png

**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 miejsca realizacji tj. ADRES głównego miejsca udzielania świadczeń, o którym mowa w Procedurze (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo, nr tel., adres e-mail):** |

|  |
| --- |
| **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 – jeżeli istnieje):** |
| **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/umowy z NFZ i ew. z innym świadczeniodawcą (nr i data zawarcia umowy, podmiot, z którym zawarto umowę, okres na jaki zawarto umowę, zakres: „świadczenia lekarza POZ”, „świadczenia pielęgniarki POZ” i „świadczenia położnej POZ):** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. OPIS PRZEDSIĘWIĘCIA** | | | |
| **3.1 Wskaźniki realizacji:** | | | |
| **Wskaźnik** | **Jednostka miary** | **Wartość docelowa wskaźnika** | |
| **Kobiety** | **Mężczyźni** |
| Liczba pracowników placówki medycznej, 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 projekt 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 uwzględniając zidentyfikowane potrzeby w oparciu o standard Dostępności Plus dla POZ:** |

|  |
| --- |
| **IV. OPIS SYTUACJI WNIOSKODAWCY**  **Opis gotowości organizacyjnej 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 gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresach: „świadczenia lekarza POZ”, „świadczenia pielęgniarki POZ” i „świadczenia położnej POZ” tj.:

- posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmującą wszystkie ww. 3 zakresy świadczeń, albo

- udzielam ww. świadczeń w oparciu o umowę z innym świadczeniodawcą.

Oświadczam również, że ww. umowy będę posiadał przez cały okres realizacji przedsięwzięcia oraz w okresie jego trwałości.[[2]](#footnote-2)

1. 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.
2. Oświadczam, że posiadam prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane (o ile dotyczy).
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania rezultatów przedsięwzięcia w okresie jego trwałości.2
4. 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.
5. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.
6. 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[[3]](#footnote-3):

Podstawa prawna ochrony ww. informacji i tajemnic ze względu na status wnioskodawcy:

***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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-1)
2. Okres trwałości projektu grantowego wynosi 5 lat. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)