Załącznik nr 4 do Regulaminu Prac KOP dla Działania 5 Edycja 2

**Lista sprawdzająca przedsięwzięcia zgłoszonego do objęcia wsparciem**

**w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności**

|  |  |
| --- | --- |
| Ocena dokonywana po raz pierwszy |  |
| Ocena po uzupełnieniach |  |

**zaznaczyć właściwe**

Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”

Inwestycja D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne.”

Działanie 5 Systemu zachęt[[1]](#footnote-1): **Mentoring dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne, Edycja 2**

**Tytuł przedsięwzięcia: Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, Przedsięwzięcia w postaci finansowania mentoringu dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2, rok 2025.**

Numer przedsięwzięcia:………………........................................................................................

Wnioskodawca:.............................................................................................................................

Wnioskowana kwota z RRF[[2]](#footnote-2):……………………….....................................................................

Data wpłynięcia wniosku:…………………................................................................................

**1. Ocena spełnienia warunków formalnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunek formalny** | **0/1** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Wniosek złożony w terminie |  |  |
| 2. | Wniosek sporządzony i złożony za pośrednictwem systemu CST2021 |  |  |
| 3. | Wniosek sporządzony w języku polskim |  |  |
| 4. | Kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku  i załączników |  |  |
| 5. | **Złożenie wniosku przez osobę umocowaną do reprezentowania Wnioskodawcy** |  |  |
| 6. | We wniosku nie zidentyfikowano oczywistych omyłek pisarskich i błędów rachunkowych |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wniosek spełnia warunki formalne** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

Decyzja\*...................................…………………………………

Imię i nazwisko oceniającego: …………………………

Data: zgodnie z podpisem elektronicznym

Podpis: podpisano elektronicznie

\* przedsięwzięcie skierowane do oceny horyzontalnej i szczegółowej/przedsięwzięcie pozostawione bez rozpatrzenia/zwrot do wnioskodawcy z prośbą o uzupełnienie.

1. **Ocena horyzontalna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **0/1/nie dotyczy** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Zgodność z ramami czasowymi planu rozwojowego |  |  |
| 2. | Zgodność z planem rozwojowym |  |  |
| 3. | Brak podwójnego finansowania |  |  |
| 4. | Spójność informacji zawartych we wniosku o objęcie wsparciem, załącznikach do wniosku o objęcie wsparciem |  |  |
| 5. | Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn |  |  |
| 6. | Właściwie określone wydatki kwalifikowalne |  |  |
| 7. | Sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy i wykonalność finansowa przedsięwzięcia | **Nie dotyczy** |  |
| 8. | Pomoc publiczna oraz pomoc de minimis | **Nie dotyczy** |  |
| 9. | Zgodność z zasadą „niewyrządzania znaczącej szkody środowisku” (DNSH – „do no significant harm”) | **Nie dotyczy** |  |
| 10. | Zgodność z zasadą zrównoważonego rozwoju - racjonalne wykorzystywanie zasobów naturalnych | **Nie dotyczy** |  |
| 11. | Zgodność z zasadą długotrwałego wpływu przedsięwzięcia na wydajność i odporność gospodarki polskiej |  |  |
| 12. | Wpływ na wskaźniki i cele inwestycji w planie rozwojowym i RRF |  |  |
| 13. | Adekwatność wskaźników własnych przedsięwzięcia |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | **NIE** |
| **Wniosek spełnia kryteria horyzontalne** |  |  |

1. **Ocena szczegółowa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **0/1/nie dotyczy** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Finansowanie mentoringu będzie przyznawane podmiotom leczniczym które:  **-** posiadają status podmiotu leczniczego realizującego całodobowe świadczenia zdrowotne  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej przez Wnioskodawcę we Wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem oraz baz danych NFZ (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą).  W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |
| 1.1 | **-**zatrudniają na podstawie umowy o pracę co najmniej dwie osoby, które w bieżącym lub poprzednim roku kalendarzowym ukończyły studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo lub ratownictwo medyczne  **Uwaga:**  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej przez Wnioskodawcę we Wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem.  W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |
| 1.2 | - zsynchronizują system dyżurów mentora i absolwenta objętego mentoringiem na poziomie minimum 25% wspólnego czasu pracy w miesiącu w ramach etatu.  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej przez Wnioskodawcę we Wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem.  W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |
| 1.3 | - posiadają wyposażenie gwarantujące wykonywanie zadań zawodowych przez absolwenta  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej przez Wnioskodawcę we Wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem. W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować |  |  |
| 1.4 | - posiadają wdrożony i funkcjonujący w podmiocie leczniczym system adaptacji nowoprzyjętego pracownika  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej przez Wnioskodawcę we Wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem. W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |
| 2. | -zatrudniają na umowę o pracę osoby, z którymi podpiszą umowy dotyczące mentoringu  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej przez Wnioskodawcę we Wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem. W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |
| 2.1 | Osoba, która będzie pełnić rolę **mentora** posiada następujące kwalifikacje:  -legitymuje się minimum 5-letnim doświadczeniem zawodowym na stanowisku pielęgniarki lub położnej lub ratownika medycznego;  -ma pozytywną opinię swojego bezpośredniego przełożonego, dotyczącą wiedzy, umiejętności, nienagannej postawy etycznej, realizacji zadań zawodowych zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną;  -ma łatwość komunikacji w relacjach interpersonalnych i predyspozycje dydaktyczne;  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie złożonego przez Wnioskodawcę oświadczenia, stanowiącego załącznik do wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem. W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |
| 2.2 | Osoba, która będzie **mentorowana** jest absolwentem kierunku pielęgniarstwo, położnictwo lub ratownictwo medyczne studiów I stopnia ukończonych w roku kalendarzowym 2024 lub 2025 i ponadto:  -jest zatrudniona na umowę o pracę u Wnioskodawcy,  -posiada dyplom ukończenia ww. studiów na poziomie licencjatu;  - w przypadku absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej;  - złożyła wniosek o objęcie mentoringiem do Wnioskodawcy;  - zobowiąże się do kontynuowania zatrudnienia na umowę o pracę w podmiocie leczniczym, w którym została objęta wsparciem mentora, przez 12 miesięcy po zakończeniu mentoringu.  Uwaga:  Kryterium podlega ocenie na podstawie deklaracji złożonej w umowie o mentoring między absolwentem, mentorem i Wnioskodawcą.  W przypadku kontroli w trakcie realizacji przedsięwzięcia należy to udokumentować. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | **NIE** |
| **Wniosek spełnia kryteria szczegółowe** |  |  |

**Decyzja oceniającego:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wniosek oceniony pozytywnie, Przedsięwzięcie spełnia warunki/kryteria |  |
| Wniosek oceniony negatywnie, Przedsięwzięcie nie spełnia warunków/kryteriów |  |
| Wezwanie nr ……………..do uzupełnienia/poprawy wniosku |  |

zaznaczyć właściwe

Imię i nazwisko oceniającego:………………………………….....................

Data: zgodnie z podpisem elektronicznym

Podpis: podpisano elektronicznie…………………………….

**Zatwierdzam listę sprawdzającą do oceny wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem**

|  |
| --- |
| **Decyzja Przewodniczącego KOP\*\*\*………………………………**  **Imię i nazwisko Przewodniczącego KOP……………………** |
| **Data: zgodnie z podpisem elektronicznym** |
| **Podpis: podpisano elektronicznie** |

**\*\*\* przedsięwzięcie rekomendowane do objęcia wsparciem/przedsięwzięcie nie rekomendowane do objęcia wsparciem**

1. Określonego w uchwale Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 pn. „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026, M.P. z 16.12.2022 r.”, poz. 1237 oraz 2024 r., poz. 367. [↑](#footnote-ref-1)
2. RRF (ang. Recovery and Resilience Facility) – Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, zatwierdzony rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 z dnia 12 lutego 2021 r. ustanawiającym Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (Dz. Urz. UE L 57 z 18.02.2021, s. 17). [↑](#footnote-ref-2)