

Załącznik nr 3 - wzór pogłówny wniosku

Program

Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

Pełna nazwa konkursu

Dostępność Plus dla AOS - 1/AOS/2025

Skrócona nazwa konkursu

Dostępność Plus dla AOS

Formularz wniosku	Pełna nazwa (pełny opis) pola, tak jak będzie widoczny dla Podmiotu	Podpowiedź	Dopuszczalne odpowiedzi
1. DANE WNIOSKODAWCY	1.1.Nazwa Wnioskodawcy	Nazwa musi być zgodna z dokumentem rejestrowym (np. KRS, CEIDG, itp.).	pole tekstowe (brak limitu znaków)
	1.2.Forma prawna		lista jednokrotnego wyboru: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jednoosobowa działalność gospodarcza spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka z o.o. spółka komandytowa spółka komandytowa spółka cywilna spółka jawna spółka partnerska inne
	1.3.Nazwa rejestru, który potwierdza status prawny Wnioskodawcy (KRS lub CEIDG)		lista jednokrotnego wyboru: CEIDG/KRS
	1.3.1. Numer KRS		9 lub 14 cyfr
	1.4. REGON		9 i 14 cyfr
	1.5. NIP		10 cyfr
	1.6. Adres siedziby wskazany w dokumentach rejestrowych podmiotu (ulica, nr budynku, nr lokalu)		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	1.6.1. Kod pocztowy		walidacja poprawności kodu pocztowego (XX-XXX)
	1.6.2. Miejscowość		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	1.6.3. Gmina		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	1.6.4. Województwo		lista jednokrotnego wyboru: dolnośląskie kujawsko-pomorskie lubelskie lubuskie łódzkie małopolskie mazowieckie opolskie podkarpackie podlaskie pomorskie śląskie świętokrzyskie warmińsko-mazurskie wielkopolskie zachodniopomorskie
	1.7. Główny adres e-mail		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	1.8. Główny nr telefonu		9 cyfr
	1.9. Dane osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu	Dane osoby reprezentującej podmiot zgodnie z dokumentami rejestrowymi (np. CEIDG, KRS, umowa s.c.) lub pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo należy załączyć.	Widoczny jeden wiersz do uzupełnienia , możliwość dodania kolejnych - max 5 walidacja na nr telefonu - 9 cyfr i na adresie e-mail - zawiera "@"
	1.10. Dane osób do kontaktów roboczych	Dane osób wyznaczonych do kontaktu w sprawach niniejszego Wniosku.	Widoczny jeden wiersz do uzupełnienia , możliwość dodania kolejnych - max 3 walidacja na nr telefonu - 9 cyfr i na adresie e-mail - zawiera "@"
2. PRZEDMIOT WNIOSKU	2.1.Tytuł Przedsięwzięcia	Tytuł powinien być zwięzły, odnoszący się do poprawy dostępności i lokalizacji placówki obejmowanej wsparciem.	pole tekstowe 300 znaków
	2.2.Okres realizacji Przedsięwzięcia - data od	Nie wcześniej niż 01.08.2026 r., data musi być pierwszym kalendarzowym dniem miesiąca. Okres realizacji Przedsięwzięcia nie może być dłuższy niż 15 mies.	data, format rrr-mm-dd
	2.3.Okres realizacji Przedsięwzięcia - data do	Nie później niż 31.03.2028 r., data musi być ostatnim kalendarzowym dniem miesiąca. Okres realizacji Przedsięwzięcia nie może być dłuższy niż 15 mies. i krótszy niż 6 mies.	data, format rrr-mm-dd
	2.4.Nazwa miejsca udzielania świadczeń, w którym będzie realizowane Przedsięwzięcie		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.5. Dane teleadresowe miejsca udzielania świadczeń, którego dotyczy przedsięwzięcie (ulica, nr budynku, nr lokalu)		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.5.1. Kod pocztowy		fromat XX-XXX
	2.5.2. Miejscowość		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.5.3. Gmina		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.5.4. Województwo		lista jednokrotnego wyboru: dolnośląskie kujawsko-pomorskie lubelskie lubuskie łódzkie małopolskie mazowieckie opolskie podkarpackie podlaskie pomorskie śląskie świętokrzyskie warmińsko-mazurskie wielkopolskie zachodniopomorskie
	2.5.5. Numer telefonu		9 cyfr
	2.5.6. Adres e-mail		walidacja poprawności zapisu adresu e-mail (czy zawiera @)
	2.6. REGON podmiotu, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń		9 lub 14 cyfr

	2.7. Numer księgi rejestrowej w Rejestrze Pomiotów Wykonujących Działalność Leczniczą		pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.8. Pierwszy z zakresów w jakim Wnioskodawca realizuje świadczenia zdrowotne w formie ambulatoryjnej	Wskaż pierwszy zakres, który realizujesz na podstawie umowy z NFZ przez okres co najmniej 3 lat.	pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.8.1.. Numer umowy/umów z NFZ, data zawarcia od - do dla zakresu z pkt 2.8.		tabela: nr umowy z NFZ, data zawarcia od, data zawarcia do (możliwość dodania kilku umów)
	2.9. Drugi z zakresów w jakim Wnioskodawca realizuje świadczenia zdrowotne w formie ambulatoryjnej	Wskaż drugi zakres, który realizujesz na podstawie umowy z NFZ przez okres co najmniej 3 lat.	pole tekstowe (brak limitu znaków)
	2.9.1. Numer umowy/umów z NFZ, data zawarcia od - do dla zakresu z pkt 2.10.		tabela coś na wzór pkt 1.9 i 1.10 ( nr umowy z NFZ, datę zawarcia od, datę zawarcia do) możliwość dodania kilku umów. Forma daty mm-mm-dd
3. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA	3.1. Cel Przedsięwzięcia	Cel Przedsięwzięcia powinien wpisywać się w cel Projektu grantowego "Dostępność Plus dla AOS", którego głównym założeniem jest: wdrożenie standardu dostępności dla placówek AOS i w konsekwencji poprawa dostępności tych placówek medycznych dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz zwiększenie jakości realizowanych przez nie świadczeń.	pole tekstowe 500 znaków
	3.2. Opisz w jaki sposób realizacja Przedsięwzięcia przyczyni się do osiągnięcia celu Projektu grantowego Dostępność Plus dla AOS	Należy odnieść się do zadań planowanych do realizacji w ramach Przedsięwzięcia, w jaki sposób wpłyną na poprawę dostępności AOS.	pole tekstowe 1000 znaków
	3.3. Wartość docelowa wskaźnika Przedsięwzięcia: „Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które poprawiły dostępność zgodnie ze standardem dostępności”	Wskaźnik ma charakter obligatoryjny i powinien być osiągnięty na poziomie "1".	wymagana wartość "1"
	3.4. Kluczowe zadania wskazane w raporcie z audytu wstępnego, wybrane przez Wnioskodawcę do realizacji	Należy podać co najmniej jedno kluczowe zadanie wskazane w raporcie z audytu wstępnego, wybrane przez Wnioskodawcę do realizacji, które warunkuje osiągnięcie wskaźnika realizacji Przedsięwzięcia.	pole tekstowe 500 znaków
	3.5. Wnioskowana kwota grantu (zgodna z Harmonogramem Realizacji Przedsięwzięcia)	Kwota musi być zgodna z wartością wydatków kwalifikowalnych wykazaną w HRP ("RAZEM - wszystkie zakresy") na kolejnym etapie.	zakres 150 000,00 zł. - 849 500,00 zł.
	3.6. Maksymalna wartość cross-finansingu możliwa do wykorzystania w Przedsięwzięciu	25% kwoty grantu z pkt 3.5.	automatycznie wyliczana kwota
	3.7. Numer koperty	Nabór prowadzony jest w podziale na koperty A i B wg adresu miejsca udzielania świadczeń, którym realizowane będzie Przedsięwzięcie:  1.Koperta A –Przedsięwzięcie znajdujące się w gminie o dochodach niższych niż średni dochód gminy na jednego mieszkańca;  2.Koperta B –Przedsięwzięcie znajdujące się w gminach o dochodach wyższych/równych niż średni dochód gminy na jednego mieszkańca;  - zgodnie z danymi GUS za 2023 rok, średni dochód gminy na jednego mieszkańca wynosi 7 549,38 zł.	lista jednokrotnego wyboru: Koperta A/Koperta B
	3.8. Tytuł prawny przewidujący uprawnienia do wykonywania prac remontowo - budowlanych w budynku, w którym realizowane będzie Przedsięwzięcie (o ile dotyczy Przedsięwzięcia)	Jeśli w ramach Przedsięwzięcia planujesz realizację prac remontowo-budowlanych wskaż tytuł prawny przewidujący uprawnienia do wykonywania prac remontowo - budowlanych w budynku, w którym realizowane będzie Przedsięwzięcie.	lista jednokrotnego wyboru: prawo własności współwłasność użytkowanie wieczyste trwały zarząd ograniczone prawo rzeczowe stosunek zobowiązaniowy inne nie dotyczy
	3.8.1. Dokument, z którego wynika tytuł do dysponowania nieruchomością na cele budowlane	Podaj dokument, z którego wynika tytuł prawny wskazany w pkt. 3.8. (np. akt notarialny, umowa).	pole tekstowe 300 znaków
	3.9. Opisz w jaki sposób zostanie zachowana trwałość rezultatów Przedsięwzięcia		pole tekstowe 1000 znaków

4. AUDYT WSTĘPNY	4.1. Data przeprowadzenia audytu wstępnego	Zgodna z raportem z audytu wstępnego.	data w formacie rrr-mm-dd
	4.2. Data sporządzenia raportu z przeprowadzonego audytu wstępnego	Zgodna z raportem z audytu wstępnego.	data w formacie rrrr-mm-dd
	4.3. Podmiot przeprowadzający audyt wstępny	Zgodna z raportem z audytu wstępnego.	pole tekstowe 500 znaków
	4.4. Czy podmiot znajduje się w „Wykazie podmiotów dokonujących certyfikacji dostępności, o którym mowa w art. 17 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.)”, prowadzonym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej	Wykaz znajduje się na stronie MFPR <a href="https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/zakonczone-prac-zespołu-do-spraw-wniesionych">https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/zakonczone-prac-zespołu-do-spraw-wniesionych</a> .	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
5. OŚWIADCZENIA	5.1. Oświadczam, że jestem uprawniony/a do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym Wniosem.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wnioście są zgodne z prawdą.		odpowiedź "Nie" - brak możliwości złożenia wniosku
	5.3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję jest uprawniony do ubiegania się o przyznanie wsparcia w ramach naboru 1/AOS/2025.	Zgodnie z rozdz. II pkt 6.1 "Procedury naboru ...".	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Procedurą naboru wniosków o powierzenie grantu dla placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz zasadami realizacji i rozliczenia Przedsięwzięć grantowych w projekcie „Dostępność Plus dla AOS” (nabór nr 1/AOS/2025)”		odpowiedź "Nie" - brak możliwości złożenia wniosku
	5.5. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie polega z uzyskaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.6. 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.).		odpowiedź "Nie" - brak możliwości złożenia wniosku
	5.7. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie znajduje się w rejestrze podmiotów wykluczonych z możliwości otrzymania środków przeznaczonych na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich oraz zobowiązując się do natychmiastowego poinformowania Grantodawcy w formie pisemnej w przypadku wpisania do rejestru podmiotów wykluczonych w okresie realizacji Przedsięwzięcia.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.8. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu, który reprezentuję nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 514) oraz nie obowiązują zakazy określone w rozporządzeniu Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L Nr 111, str. 1, z późn. zm.).		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.9. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję, nie otworzył likwidacji na podstawie KSH oraz na dzień złożenia wniosku nie zostało wobec niego otwarte postępowanie upadłościowe na podstawie ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 614) albo na podstawie ustawy z dnia 16 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1428, z późn. zm.).		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.10. Oświadczam, że dofinansowanie ze środków europejskich w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego w ramach projektu "Dostępność Plus dla AOS" (nr FERS.03.07-IP.07-0001/23) nie stanowi pomocy publicznej w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.	Oświadczenie składane po przeprowadzeniu testu pomocy publicznej w cz. V Wniosku.	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.11. Oświadczam, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki przewidziane do poniesienia w ramach Przedsięwzięcia nie były, nie są i nie będą sfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych, w tym z innych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.		walidacja jak odpowiedź "Nie" - brak możliwości złożenia wniosku
	5.12. Oświadczam, że w przypadku otrzymania Grantu podmiot, który reprezentuję zapewni utrzymanie trwałości Przedsięwzięcia i trwałości rezultatów, zgodnie z zasadami określonymi w „Procedurze naboru wniosków o powierzenie grantu dla placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz zasad realizacji i rozliczenia Przedsięwzięć grantowych w projekcie „Dostępność Plus dla AOS” (nabór nr 1/AOS/2025)".		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.13. Oświadczam, że realizując Przedsięwzięcie podmiot, który reprezentuję nie będzie mógł odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku od towarów i usług (VAT), którego wysokość została zawarta w budżecie przedsięwzięcia. Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu części powierzonego grantu, w odniesieniu do podatku od towarów i usług, jeżeli zaistnieje przesłanka umożliwiająca odzyskanie przez mnie tego podatku (Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r. poz. 361, z późn. zm.)).		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.14. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję posiada prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane.	"Nie dotyczy" wybieramy wówczas gdy w HRP nie przewidziano realizacji zadań związanych z pracami remontowo budowlanymi.	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie/Nie dotyczy
	5.15. Oświadczam, że na terenie jednostki samorządu terytorialnego, którą reprezentuję nie obowiązują żadne ustanowione przez organy tej JST dyskryminujące akty prawa miejscowego.	Oświadczenie dotyczy wyłącznie wnioskodawcy będącego jednostką samorządu terytorialnego lub podmiotu przez nią kontrolowanego lub od niej zależnego, pozostali wnioskodawcy wybierają "Nie dotyczy".	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie/Nie dotyczy
	5.16. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję posiada zdolność organizacyjną i finansową do realizacji Przedsięwzięcia.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.17. Oświadczam, że Przedsięwzięcie dotyczy tylko jednego miejsca udzielania świadczeń tj. jednej lokalizacji, w której Wnioskodawca udziela świadczeń AOS, które wykazał w pkt. 2.4 i 2.5 Wniosku. Jedną lokalizacją jest rozumiana jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonującą całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.18. Oświadczam, że infrastrukturę wytworzona w ramach Przedsięwzięcia będzie wykorzystywana na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz – jeśli to zasadne – do działalności gospodarczej leczniczej i pozaleczniczej w ramach działalności statutowej podmiotu leczniczego, przy czym gospodarcze wykorzystanie infrastruktury nie może przekroczyć 20% zasobów/wydajności infrastruktury w ujęciu rocznym. W okresie realizacji i okresie trwałości będę informował Grantodawcę o wszelkich zmianach w tym zakresie.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.19. Oświadczam, że prowadzona przeze mnie działalność gospodarcza nie przekroczyła progę 20% całości prowadzonej przeze mnie działalności w ciągu dwóch ostatnich zamkniętych okresów obrotowych poprzedzających złożenie Wniosku.		lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	5.20. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.		checkbox (brak zaznaczonego checkbox'u uniemożliwia złożenie wniosku)
6. TEST POMOCY PUBLICZNEJ			

	6.1. Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa unijnego?	Udzielając odpowiedzi należy wziąć pod uwagę szerszą definicję przedsiębiorcy, a więc takiego podmiotu bez względu na formę prawną, który prowadzi działalność gospodarczą na wspólnym rynku, otwartym na konkurencję. W rozumieniu prawa unijnego działalność gospodarczą jest rozumiana jako działalność komercyjna tj. oferowanie usług lub towarów na rynku. Zgodnie z art. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Komisji (UE) 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1), za przedsiębiorstwo uważa się podmiot	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	6.1.1. Uzasadnienie	Jeśli w pkt 6.1. udzielono odpowiedzi: „Tak”, należy wskazać rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (np. świadczenie usług zdrowotnych); Jeśli „Nie”, należy wskazać uzasadnienie.	pole tekstowe 1000 znaków
	6.2. Czy Przedsięwzięcie dotyczy działalności gospodarczej?	Odpowiedź „Nie” zachodzi w przypadku gdy: - Wnioskodawca w pkt 6.1 zadeklarował, że nie prowadzi działalności gospodarczej, - środki publiczne są przekazywane wyłącznie w związku z prowadzoną działalnością niegospodarczą i jednocześnie wsparcie to nie wpływa na prowadzoną działalność gospodarczą; <u>Wnioskodawca wskazuje w uzasadnieniu</u>	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	6.2.1. Uzasadnienie	Należy uzasadnić odpowiedź udzieloną w pkt. 6.2.	pole tekstowe 1000 znaków
	6.3. Czy wsparcie dla Przedsięwzięcia otrzymuje podmiot prowadzący działalność gospodarczą?	Odpowiedź stanowi podsumowanie odpowiedzi z pkt 6.1. i 6.2.: Odpowiedź: „Tak”, gdy: 1a) – Tak, 1b) – Tak Odpowiedź: „Nie”, gdy: 1a) – Nie; 1a) – Tak, 1b) – Nie Jeśli „Nie”, bezcelowa jest odpowiedź na pytanie w pkt. 6.4. gdzie należy zaznaczyć „Nie” dotyczy.	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie
	6.4. Czy wsparcie grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi UE?	Udzielając odpowiedzi „Tak” lub „Nie” należy ocenić, jaka będzie skala oddziaływania Przedsięwzięcia na konkurencję i wymianę handlową między państwami członkowskimi UE w kontekście działalności prowadzonej przez placówkę (określenie obszaru, z którego mogą pochodzić korzystający z opieki zdrowotnej, charakter świadczonych usług medycznych, lokalizacja, kategorie osób korzystających z usług medycznych – np. czy w ostatnich latach z usług tych korzystali jedynie mieszkańcy danego obszaru (gmina, powiat), czy też obywateli innych państw członkowskich). Należy przedstawić w pkt. 6.4.1 uzasadnienie udzielonej odpowiedzi odnoszące się do powyższych kwestii.	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie/Nie dotyczy
	6.4.1. Uzasadnienie		pole tekstowe 500 znaków
	6.5. Czy wsparcie udzielone na Przedsięwzięcie stanowi pomoc publiczną?	Odpowiedź stanowi podsumowanie odpowiedzi w pkt. 6.3. i 6.4. Jeżeli w pkt. 6.3. oraz 6.4. udzielono odpowiedzi „Tak”, prowadzącej do stwierdzenia wystąpienia wszystkich przesłanek z art. 107 ust. 1 TFUE – należy zaznaczyć „Tak”. Jeżeli w pkt. 6.3. udzielono odpowiedzi „Nie” – należy zaznaczyć „Nie”. Jeżeli w pkt. 6.3. udzielono odpowiedzi „Tak”, a w pkt. 6.4. udzielono odpowiedzi „Nie” – należy zaznaczyć „Nie”.	lista jednokrotnego wyboru: Tak/Nie