

**Wniosek o powierzenie grantu**  
**w ramach projektu pn. *Dostępność Plus dla zdrowia***  
**PROGRAM OPERACYJNY WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ**

**(WZÓR FORMULARZA O CHARAKTERZE POGLĄDOWYM)**

**(formularz wypełniany bezpośrednio na Platformie Obsługi Projektów Inwestycyjnych Ministerstwa Zdrowia pod adresem <https://e-inwestycje.mz.gov.pl>)**

I. INFORMACJE O PRZEDSIĘWZIĘCIU
1.1. Tytuł:
1.2 Okres realizacji (DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR):
1.3 Adres realizacji Przedsięwzięcia tj. ADRES miejsca udzielania świadczeń, o którym 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. Nr KRS:
2.6 Adres siedziby wskazany w dokumentach rejestrowych podmiotu (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo.):
2.7 Główny adres e-mail, główny nr tel.:
2.8 Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji w imieniu wnioskodawcy (imię, nazwisko, stanowisko, nr tel., adres e-mail):
2.9 Osoba do kontaktów roboczych (imię, nazwisko, stanowisko, nr tel. (o ile to możliwe nr tel. komórkowego), adres e-mail):
3.1 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):
3.2 Informacje o Wnioskodawcy. Opisz populację pacjentów, kadre medyczną, średnią liczbę konsultacji lekarskich w miesiącu w placówce medycznej, w której będzie realizowane przedsięwzięcie.

### III. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

#### 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:

#### 3.3 Syntetyczny opis przedsięwzięcia zgodnie z zadaniami zaplanowanymi w Harmonogramie Realizacji Przedsięwzięcia:

3.4 Opis w jaki sposób realizacja przedsięwzięcia przyczyni się do osiągnięcia celu projektu Dostępność Plus dla zdrowia, którym jest „Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami”:

#### 3.5. Wnioskowana kwota grantu brutto (zgodna z Harmonogramem Realizacji Przedsięwzięcia):

3.6. Numer koperty (A/B):

#### IV. OPIS SYTUACJI WNIOSKODAWCY

**Opis gotowości organizacyjnej i finansowej wnioskodawcy do realizacji przedsięwzięcia oraz utrzymania jego rezultatów w okresie trwałości projektu.**

***Opisz w jaki sposób projekt będzie realizowany, kto będzie odpowiedzialny za realizację zadań w projekcie, kto będzie odpowiadał za rozliczenia, czy posiadasz gotowość finansową do pokrycia kosztów projektu, które będą rozliczane na zasadzie refundacji (20% wartości grantu). Jeśli posiadasz doświadczenie w realizacji innych projektów współfinansowanych ze środków UE, prosimy o jego opisanie.***

#### 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. Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu części powierzonego grantu, w odniesieniu do podatku od towarów i usług, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie przeze mnie tego podatku<sup>1</sup>.
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

<sup>1</sup> Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

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

8. Oświadczam, że posiadam prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane (o ile dotyczy).
9. Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania rezultatów przedsięwzięcia w okresie jego trwałości.<sup>2</sup>
10. 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.
11. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.
12. 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.

Wnioskuje/nie wnioskuje o zagwarantowanie przez właściwą instytucję ochrony informacji i tajemnic zawartych w niniejszym wniosku <sup>2</sup> :
---

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

#### **VI. Załączniki**

Załącznik 1. Harmonogram realizacji przedsięwzięcia

---

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.