



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 3 do Procedury oceny i wyboru wniosków placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej o udział w projekcie „Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia z wykorzystaniem narzędzia centralnego (akronim „Centralne e-usługi POZ” lub „e-Gabinet+”)

KARTA OCENY WNIOSKU O UDZIAŁ W PROJEKCIE PN. „WDROŻENIE E-USŁUG W PLACÓWKACH POZ I ICH INTEGRACJA Z SYSTEMEM E-ZDROWIA Z WYKORZYSTANIEM NARZĘDZIA CENTRALNEGO” („E-GABINET+”)

NABÓR

(WZÓR KARTY O CHARAKTERZE POGŁĄDOWYM)

(karta wypełniana bezpośrednio na Platformie Obsługi Projektów Inwestycyjnych Ministerstwa Zdrowia

pod adresem <https://e-inwestycje.mz.gov.pl>)

NR WNIOSKU:	
DATA WPŁYWU WNIOSKU:	
NR KOPERTY (A/B):	
NAZWA WNIOSKODAWCY:	
NAZWA PLACÓWKI POZ:	

	KRYTERIA WYBORU	Ocena spełniania warunku		UZASADNIENIE (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE”)
		TAK	NIE	
1.	Czy dostępne jest nierozdysponowane wsparcie rzeczowe w niniejszym Naborze w ramach właściwej dla Wnioskodawcy koperty, pozwalające na spełnienie potrzeb określonych we Wniosku?			
2.	Czy Wnioskodawca przed niniejszym Wnioskiem, nie złożył więcej niż 10 Wniosków o wsparcie w ramach niniejszego Naboru (Wnioskodawca może złożyć maksymalnie 10 Wniosków na 10 różnych placówek POZ). Nie dotyczy sytuacji, gdy uprzednio złożony wniosek został oceniony negatywnie.			
3.	Wnioskodawca nie otrzymał dotychczas wsparcia w ramach niniejszego Naboru na więcej niż 10 placówek POZ.			
<p><i>W przypadku braku spełnienia kryterium nr 1 kryteria 2-19 nie podlegają ocenie i wniosek zostaje ujęty na liście rezerwowej. W przypadku braku spełniania kolejnych kryteriów nr 2 lub 3 kryteria 4-19 nie podlegają dalszej ocenie.</i></p>				
WERYFIKACJA DANYCH WNIOSKODAWCY ORAZ PLACÓWKI POZ				
4.	Wniosek jest kompletny i poprawnie wypełniony (wypełnione wszystkie pola, zawiera wymagane załączniki), został sporządzony w języku polskim oraz złożony w formie wskazanej w Procedurze.			
4.1.	Podstawowe dane Wnioskodawcy (nazwa, REGON, dane teleadresowe)			
4.2.	Pozostałe dane Wnioskodawcy (forma prawna, nazwa rejestru, nr KRS, nr NIP)			

4.3.	Podstawowe dane placówki POZ, której dotyczy wniosek			
4.4.	Wniosek został podpisany przez osobę/osoby do tego upoważnioną/e.			
<i>Błędy w kryterium nr 4 będą analizowane indywidualnie dla każdego przypadku. Beneficjent może samodzielnie poprawiać oczywiste omyłki.</i>				
GŁÓWNE KRYTERIA DOSTĘPWE				
5.	Wnioskodawca na dzień składania Wniosku posiada Umowę z NFZ na udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie „świadczenia lekarza POZ” w Placówce POZ wskazanej we Wniosku.			
6.	Placówka POZ wskazana we Wniosku na dzień złożenia Wniosku posiada certyfikat dostępowy do P1.			
7.	Na dzień 31.12.2021 r. Placówka POZ wskazana we Wniosku posiadała mniej niż 5 tysięcy aktywnych deklaracji wyboru.			
8.	Placówka POZ nie raportuje do systemu e-zdrowia Zdarzeń Medycznych lub nie przekazuje do systemu e-zdrowia indeksów EDM.			
POZOSTAŁE KRYTERIA DOSTĘPWE				
9.	Wnioskodawca oświadczył, że nie ubiega się o wsparcie w ramach projektu nr POIS.11.03.00-00-0074/22 pn.: „Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia” („e-usługi POZ”)			
10.	Wnioskodawca oświadczył, że jest świadczeniodawcą udzielającym w Placówce POZ wskazanej we Wniosku świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie: „świadczenia lekarza POZ”, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia wskazanej we Wniosku.			
11.	Wnioskodawca oświadczył, że 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.			

12.	Wnioskodawca oświadczył, że 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.			
13.	Wnioskodawca oświadczył, że wyraża zgodę na udostępnienie niniejszego Wniosku innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym weryfikacji, ewaluacji i oceny oraz wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę Projektu.			
14.	Wnioskodawca oświadczył, że wsparcie rzeczowe otrzymane w ramach Projektu będzie wykorzystywane zgodnie z zasadami określonymi w Umowie, w tym wyłącznie do świadczenia usług finansowanych w ramach umów z NFZ.			
15.	Wnioskodawca oświadczył, że posiada zdolność organizacyjną do utrzymania otrzymanego wsparcia rzeczowego do zakończenia okresu trwałości Projektu.			
16.	Wnioskodawca oświadczył, że Placówka POZ wskazana we Wniosku zintegruje się z systemem e-zdrowia w zakresie Zdarzeń Medycznych i Elektronicznej Dokumentacji Medycznej najpóźniej do dnia 30.11.2023 r. .			
17.	Wnioskodawca oświadczył, że zapoznał się z dokumentem „Model referencyjny” i zobowiązał się wdrożyć określone w nim procesy w Placówce POZ wskazanej we Wniosku.			
18.	Zweryfikowano prawdziwość oświadczenia: „Oświadczam, że w stosunku do Wnioskodawcy, którego reprezentuję: <ul style="list-style-type: none"> 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.poz.835) oraz 			

	<ul style="list-style-type: none"> nie obowiązują zakazy określone w rozporządzeniu (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1)” z informacjami zawartymi w „Liście osób i podmiotów objętych sankcjami” prowadzonej przez MSWiA.			
WERYFIKACJA ZAKRESU POTRZEB WNIOSKODAWCY				
19.	Czy ujęty we Wniosku zakres potrzeb Wnioskodawcy uwzględnia limity, o których mowa w Procedurze, w szczególności ze względu na wielkość zatrudnienia wskazaną we Wniosku?			
DECYZJA W SPRAWIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW				
Wniosek spełnia wszystkie powyższe kryteria i kwalifikuje się do: <ul style="list-style-type: none"> zawarcia Umowy (należy zaznaczyć „TAK” jeśli w kryteriach 1-19 zaznaczono odpowiedź „TAK”) lub 				
<ul style="list-style-type: none"> odrzućcenia w przypadku błędów lub braku spójności. 				W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy podać uzasadnienie, zaznaczenie odpowiedzi „NIE” nie wymaga podawania uzasadnienia.

Oceniający	
Imię i nazwisko:	
Data zgodna z podpisem elektronicznym	
Podpisano elektronicznie	

Zatwierdzenie przez Przewodniczącego	
Imię i nazwisko:	
Data zgodna z podpisem elektronicznym	
Podpisano elektronicznie	