

.....
(pieczęćka Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

I. **Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** do którego adresowany jest wniosek:

II. **Dane dotyczące wnioskodawcy**

1. Pełna nazwa wnioskodawcy:

2. Siedziba wnioskodawcy - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr identyfikacyjny NIP:

4. Nr identyfikacyjny Regon:

5. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy :

6. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku:

III. Program realizowany przez Wnioskodawcę

1. Nazwa Programu:

2. Cel główny Programu (*Określenie najważniejszego celu, do którego należy dążyć podczas trwania programu. Sugeruje się określenie jednego celu głównego. Ma on być możliwy do osiągnięcia podczas trwania programu.*):

3. Cele szczegółowe Programu (*Wskazanie kilku celów szczegółowych, które mogą odnosić się do skutków zastosowania danych interwencji w określonej populacji np. sformułowanych w oparciu o koncepcję S.M.A.R.T.*):

4. Grupy docelowe oraz przewidywana liczba osób objętych wsparciem (*Określenie populacji, kryteria włączenia np: wiek, płeć, kryteria wykluczenia*):

5. Opis Programu oraz spodziewanych korzyści z realizacji Programu (*Określenie części składowych programu; planowanych interwencji; kryteria i sposób kwalifikacji uczestników; tryb zapraszania do programu; zasady udzielania świadczeń zdrowotnych*):

6. Mierniki efektywności (Określenie za pomocą jakich mierników możliwe jest osiągnięcie założonych celów):

Lp.	Wskaźnik realizacji celu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa	Wartość docelowa
1.				
2.				
3.				

7. Informacja o wymaganiach w zakresie zasobów rzeczowych zapewniających prawidłową realizację Programu:

--

8. Informacja o wymaganiach w zakresie zasobów kadrowych oraz kompetencji osób zapewniających prawidłową realizację Programu:

--

IV. Źródła finansowania:

Lp.	Wyszczególnienie	Wartość	%
1.	Ogółem		100
2.	Wnioskowane dofinansowanie z NFZ		
3.	Środki własne		
4.	Środki uzyskane od innych podmiotów:		
4.1	<i>nazwa podmiotu</i>		
4.2	<i>nazwa podmiotu</i>		

V. Harmonogram realizacji Programu:

Lp.	Zadanie	Rok			
		I kw.	II kw.	III kw.	IV Kw.
1.					
2.					
3.					
4.					

VI. Planowane koszty realizacji Programu:

Lp.	Zadanie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.					
2.					
3.					
4.					
Ogółem					

Oświadczenie Wnioskodawcy:

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.
3. Oświadczam, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki przewidziane do poniesienia w ramach Programu nie są i nie będą współfinansowane z innych źródeł niż te wskazane we wniosku.
4. Oświadczam, że wybór realizatora Programu nastąpi w wyniku otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 tj. ze zm.)

.....
(podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty

1. Pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 tj. ze zm.)
2. Pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 183 tj. ze zm.)