

WZÓR

.....
(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; kryteriów włączenia, np.: wiek, płeć; kryteriów wykluczenia):*

5. Opis Programu oraz spodziewanych korzyści z realizacji Programu *(Określenie części składowych programu; planowanych interwencji; kryteriów i sposobu kwalifikacji uczestników; trybu zapraszania do programu; zasad 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 2021			
		I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.
1.					
2.					
3.					
4.					

VI. Planowane koszty realizacji Programu:

Lp.	Zadanie	Liczba 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 (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.).

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

Do oferty 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 (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 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 (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1492).