Wzór załącznika nr 1

……………………..…… ……………………, dnia ................................................

 pieczęć instytucji

…………………………………

…………………………………

…………………………………

**Wniosek o wypłatę dofinansowania**

**w wysokości nieprzekraczającej …….. % środków wydatkowanych na realizację Programu**

………………..……… wnosi o wypłatę kwoty …………. (słownie:……………..) z tytułu przyznanego dofinansowania programu: ………………………………………………… , zwanego dalej Programem, zgodnie
z Umową Nr………………… z dnia…………….

W załączeniu …… (nazwa jednostki) przedkłada dokumenty rozliczeniowe, potwierdzające poniesienie wydatków związanych z realizacją tego Programu, które stanowią podstawę wyliczenia kwoty, o wypłatę której występuje w niniejszym wniosku.

Jednocześnie oświadcza, że przedłożone do rozliczenia dokumenty, potwierdzają faktycznie poniesione wydatki na realizację Programu.

Wykaz załączonych dokumentów (kserokopie poświadczone za zgodność
z oryginałem faktury, rachunku, bądź innego dokumentu rozliczeniowego dokumentującego fakt poniesienia wydatku związanego z realizacją Programu) oraz dokumentów potwierdzających faktyczne poniesienie wydatku (potwierdzenie dokonania przelewu bankowego poświadczone za zgodność z oryginałem).

1………………....................................

2………………………………………..

3………………………………………..

4………………………………………..

5………………………………………..

.............................................. ............................................ podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostkipodpis głównego księgowego jednostki

samorządu terytorialnego samorządu terytorialnego

Wzór załącznika nr 2

............................................ Miejscowość, dnia ..................

 pieczęć instytucji

**Sprawozdanie z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. ………………………………………………………………………………………………….**

**w ……. roku**

***A) SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE Z REALIZACJI PROGRAMU pn.…….***

1. Cel programu .........................................................................................................
2. Czy i w jakim wymiarze zostały osiągnięte zakładane w programie cele, a jeżeli nie to dlaczego ......................................................................................................
3. Czas realizacji programu .......................................................................................
4. Kwota wydatkowana na realizację programu ogółem............................................
5. Inne formy uzyskanego wsparcia od różnych podmiotów .....................................

...............................................................................................................................

1. Ilość osób objętych programem w roku 2017 ogółem………………….., oraz
w poszczególnych etapach……………………………………………………………..
2. Osiągnięte wyniki, opracowania z podjętych działań w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej itp:

…………………………………………………………………………………………….

 .............................................

.............................................. ............................................ podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostkipodpis głównego księgowego jednostki

samorządu terytorialnego samorządu terytorialnego

***B) ROZLICZENIE FINANSOWE***

1. Wysokość przyznanych środków na realizację Programu
w ………..roku: …………………………...

2. Koszt realizacji Programu w……………roku: ………………………………………

**Tabela nr 1: Wykaz zrealizowanych zadań w ramach Programu pn.*****………………………
w 2017 roku***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Zadanie* | *Planowana kwota ogółem* | *Zrealizowana kwota ogółem* | *Podmiot /**os. fiz**otrzymujący środki finansowe / realizator programu*  |
|  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Ogółem |  |  |

**Tabela nr 2: Wykaz dokumentów (rachunków, faktur lub innych dokumentów rozliczeniowych), które stanowiły podstawę wydatkowanych przez Oddział Funduszu kwot dofinansowania Programu pn. ………….w 2017 roku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.*  | *Nr dokumentu* | *Data wystawienia dokumentu* | *Realizator programu* | *Kwota dokumentu* | *Kwota sfinansowana przez ŚOW NFZ* | *Kwota sfinansowana ze środków własnych* | *Kwota sfinansowana z innych źródeł* | *Zadanie/zadania, którego/których dotyczy dokument* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem |  |  |  |  |

.............................................. ..............................................

 podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki podpis głównego księgowego jednostki

 samorządu terytorialnego samorządu terytorialnego

Wzór załącznika nr 3

……………………..…… ……………………, dnia ................................................

 pieczęć instytucji

…………………………………

…………………………………

…………………………………

**Korekta Wniosku o wypłatę dofinansowania
w wysokości nieprzekraczającej …….. % środków wydatkowanych na realizację Programu………………………….**

………………..………wnosi o korektę kwoty wskazanej we „Wniosku o wypłatę dofinansowania w wysokości nieprzekraczającej …….. % środków wydatkowanych na realizację Programu………” z dnia ………….

Kwota przed korektą:

Kwota korekty:

Prawidłowa kwota dofinansowania (po korekcie):

Powyższe wynika z ……… (należy podać przyczynę złożenia korekty)

Wykaz załączonych dokumentów (kserokopia faktury korygującej oraz potwierdzenie dokonanego zwrotu na rachunek Oddziału Funduszu poświadczone za zgodność z oryginałem):

1………………....................................

2………………………………………..

3………………………………………..

.............................................. ............................................ podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostkipodpis głównego księgowego jednostki

samorządu terytorialnego samorządu terytorialnego