

WZÓR WNIOSKU

.....
(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:

WZÓR WNIOSKU

5. Nazwiska i imiona osób uprawnionych 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 (wymagane dołączenie do wniosku stosownego pełnomocnictwa):

III. Program realizowany przez Wnioskodawcę

1. Nazwa Programu:

2. Cel główny Programu *(Określenie najważniejszego celu, do którego należy dążyć podczas trwania programu. 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 – skonkretyzowane, mierzalne, osiągalne, realne, określone w czasie):*

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

WZÓR WNIOSKU

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 osiągnięcia celu (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 w roku 2024:

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>		

WZÓR WNIOSKU

V. Harmonogram realizacji Programu:

--

VI. Planowane koszty realizacji Programu w roku 2024:

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 świadczenia realizowane w ramach Programu obejmują świadczenia określone w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących świadczeń gwarantowanych.
5. Do wniosku składam następujące dokumenty:
 - pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11,
 - pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, 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 2022 r. poz. 1608).

WZÓR WNIOSKU

6. Oświadczam, że przedmiotowy wniosek został podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania jednostki samorządu terytorialnego.
7. Oświadczam, że środki finansowe przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach dofinansowania realizacji programu, winny być przekazywane na rachunek bankowy nr....., którego posiadaczem jest.....

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