

.....  
(pieczęćka Wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**I. Oddział Wojewódzki NFZ 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: (należy przedstawić w ujęciu rocznym) :**

Lp.	Wyszczególnienie	Wartość	%
1.	<b>Ogółem</b>		<b>100</b>
2.	Wnioskowane dofinansowanie z NFZ - określony w ustawie maksymalny procent dofinansowania uzależniony od liczby mieszkańców - <b>dotyczące realizacji wyłącznie świadczeń gwarantowanych</b>		
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 2022			
		I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.
1.					
2.					
3.					
4.					

VI. **Planowane koszty realizacji Programu w zakresie świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych (w ujęciu rocznym) :**

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

VI A. **Planowane koszty realizacji Programu poza świadczeniami określonymi w wykazach świadczeń gwarantowanych (w ujęciu rocznym):**

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

**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. 2021 r., poz. 1285 ze zm.).

.....  
(podpis i pieczęć 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. 2021 r., poz. 1285 ze zm.).
2. pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji zwanym dalej „wojewódzkim planem”, o którym mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r., poz. 1285 ze zm.),\* 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. 1956).

\*Art. 95c [Wojewódzki plan] - Wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, zwany dalej „wojewódzkim planem”, uwzględniający krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, że wnioski rozpatrywane będą według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel.