WZÓR

…………………………………………. ……………………………………….

 (pieczątka Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ**

1. **Oddział Wojewódzki NFZ do którego adresowany jest wniosek:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Dane dotyczące wnioskodawcy**
2. **Pełna nazwa wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Nr identyfikacyjny NIP:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Nr identyfikacyjny Regon:**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień**

**i uzupełnień dotyczących wniosku:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Program realizowany przez Wnioskodawcę**
2. **Nazwa Programu:**

|  |
| --- |
|  |

1. **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.)*:**

|  |
| --- |
|  |

1. **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.)*:**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **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)*:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Mierniki efektywności *( Określenie za pomocą jakich mierników możliwe jest osiągniecie założonych celów)*:**

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Źródła finansowania:** **(należy przedstawić w ujęciu rocznym) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Wartość** | **%** |
| 1. | **Ogółem**  |  | **100** |
| 2. | Wnioskowane dofinansowanie z NFZ - określony w ustawie maksymalny procent dofinansowania uzależniony od liczby mieszkańców - **dotyczące realizacji wyłącznie świadczeń gwarantowanych** |  |  |
| 3. | Środki własne  |  |  |
| 4. | Środki uzyskane od innych podmiotów: |  |  |
| *4.1* | *nazwa podmiotu* |  |  |
| *4.2* | *nazwa podmiotu* |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Harmonogram realizacji Programu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Zadanie | **Rok 2021** |
| I kw. | II kw. | III kw. | IV kw. |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

1. **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. |  |  |  |  |  |
| **Ogółem** |  |  |  |  |  |

**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. |  |  |  |  |  |
| **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 2019 poz. 1373 ze zm.)

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

(podpis i pieczątka 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 2019 poz. 1373 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 2019 poz. 2365 oraz z 2019 r. poz. 447).

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