…………………………………………. ……………………………………….

(pieczątka Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

1. **Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 uprawnionych 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 (wymagane dołączenie do wniosku stosownego pełnomocnictwa):**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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 osiągnięcia celu *(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 w roku …..:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | Wartość | % |
| 1. | **Ogółem** |  | 100 |
| 2. | Wnioskowane dofinansowanie z NFZ |  |  |
| 3. | Środki własne |  |  |
| 4. | Środki uzyskane od innych podmiotów: |  |  |
| *4.1* | *nazwa podmiotu* |  |  |
| *4.2* | *nazwa podmiotu* |  |  |

1. **Planowany harmonogram realizacji Programu:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Planowane koszty realizacji Programu w roku ….:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 są świadczeniami określonymi   
   w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących świadczeń gwarantowanych.
5. Do wniosku składam 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 2024 r., poz. 146 z późn. zm.)
   2. Pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. 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 2022 r. poz. 1608)
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 pieczątka osoby/osób upoważnionych

do reprezentowania Wnioskodawcy)