

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 2025:

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 2025:

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 ustawy o świadczeniach, albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach,
 - pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy o świadczeniach, 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 (t. j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1608 oraz z 2023 r. poz.1718).

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)