(pieczątka Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PRZECIWKO GRYPIE**

1. **Dane dotyczące wnioskodawcy**
2. Pełna nazwa wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………
3. Siedziba wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………
4. Telefon: ……………………………………………………………………………………
5. E-mail: ……………………………………………………………………………………
6. Nr identyfikacyjny NIP: ……………………………………………………………………………………
7. Nr identyfikacyjny Regon: ……………………………………………………………………………………
8. Imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Imiona i nazwiska oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Program realizowany przez Wnioskodawcę**

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)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Grupa docelowa:
* Charakterystyka grupy docelowej (np. zameldowanie lub zamieszkanie na terenie jst): ………………………….
* Przedział wiekowy grupy docelowej: ………………………………….
* Populacja grupy docelowej na terenie jednostki samorządu terytorialnego: ………………………………….
* Przewidywana liczba osób objętych wsparciem: ………………………………….
* 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 wskazane w programie (określenie, za pomocą jakich mierników, możliwe jest osiągniecie założonych celów):
2. ……………………………………………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………………………………………….
5. ……………………………………………………………………………………………………………………….
6. Informacja o konkursie:
* Informacja o sposobie przeprowadzenia konkursu na realizatora programu (dotyczy tych jst, które przystępują do realizacji programu)

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

* Informacja o dokonanym wyborze realizatora programu (dotyczy tych jst, które już rozstrzygnęły wybór realizatora programu)

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | Wartość | % |
| 1. | Ogółem  |  | 100 |
| 2. | Wnioskowane dofinansowanie z Urzędu Marszałkowskiego – określony w regulaminie uchwały procent |  |  |
| 3. | Środki Wnioskodawcy |  |  |

1. Planowane koszty realizacji Programu w zakresie świadczenia zdrowotnego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zadanie | Liczba 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. Do wniosku należy dołączyć program polityki zdrowotnej, który otrzymał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zgodnie z art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) lub został opracowany zgodnie z rekomendacją nr 1/2019 z dnia 18 września 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki grypy sezonowej w populacji osób w wieku 65 lat i więcej.