Příloha Metodiky č. 2

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ DOTACE**

Název Poskytovatele dotace: Ministerstvo zdravotnictví ČR

**Žádost o poskytnutí dotace v rámci Programu** Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče

**Identifikace výzvy:** Výzva k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče vyhlášená dne 21. 1. 2019

**Účel dotace:** Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče

**Adresát žádosti:** Ministerstvo zdravotnictví ČR

**Název programu:** Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče

**Podprogram**: *(zvolte jeden)* podprogram I: pilotní provoz pro dospělé / podprogram II: pilotní provoz pro děti.

**Číslo Žádosti:** xxxxxx[[1]](#footnote-1)

**Název pilotního provozu:** xxxxxxxxxxxxxx

**IDENTIFIKACE ŽADATELE**

|  |  |
| --- | --- |
| Název: |  |
| IČO: |  |
| Adresa: |  |
| Právní forma: |  |
| Plátce DPH: |  |
| Bankovní spojení (adresa bankovního ústavu): |  |
| Číslo účtu a kód banky: |  |
| Zřizovatel Žadatele (název, adresa, IČO, číslo účtu), *má-li Žadatel zřizovatele:* |  |
| Osoby zastupující zřizovatele (jméno, datum narození, funkce): |  |
| Osoby s podílem v právnické osobě Žadatele – fyzické osoby (název, IČO) a  výše podílu:  *jsou-li takové osoby* |  |
| Osoby s podílem v právnické osobě Žadatele – právnické osoby (název, IČO) a výše podílu:  *jsou-li takové osoby* |  |
| Právnické osoby, v nichž má přímý podíl právnická osoba Žadatele (název, IČO) a  výše podílu:  *jsou-li takové osoby* |  |
| **Kontaktní osoba Žadatele:** | |
| Jméno, příjmení, titul: |  |
| Funkce: |  |
| Kontakt (telefon, e-mail): |  |
| **Zástupce statutárního orgánu, popř. osoba oprávněná zastupovat Žadatele:**  *Jedná-li za Žadatele více zástupců statutárního orgánu současně, uvedou se všechny tyto osoby. Zastupuje-li statutárního zástupce oprávněná osoba, Žadatel toto oprávnění (plnou moc) přiloží jako přílohu této Žádosti.* | |
| Jméno, příjmení, titul: |  |
| Funkce: |  |
| Kontakt (telefon, e-mail): |  |
| **Údaje pro elektronické doručování** | |
| ID datové schránky Žadatele: |  |
| Kontaktní elektronická adresa dle § 19 odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů |  |

*Žadatel uvede úplné a správné identifikační údaje.*

**ZKUŠENOSTI ŽADATELE**

|  |
| --- |
| *Představte Žadatele a popište jeho dosavadní zkušeností s poskytováním služeb/aktivit uvedených v Metodice Programu osobám z cílové skupiny. Podrobnější informace uveďte dále k jednotlivým bodům do přílohy č. 3 Žádosti o dotaci.* |

**ZDŮVODNĚNÍ A ÚČEL ŽÁDOSTI**

|  |
| --- |
| *Stručně popište zdůvodnění a účel podání Žádosti (tj. účel, na který chcete dotaci použít), a to v souladu s Metodikou Programu. Podrobnější informace uveďte dále k jednotlivým bodům  do přílohy č. 3 Žádosti o dotaci.* |

**SÍDLO PILOTNÍHO PROVOZU**

|  |
| --- |
| *Uveďte adresu sídla (provozovny), ve kterém bude probíhat pilotní provoz.*  *Uveďte místo registrace zdravotních služeb.* |

**ČASOVÝ HARMONOGRAM**

*Lhůta, v níž má být dosaženo účelu.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Předpokládané datum zahájení pilotního provozu:** | 1. 5. 2019 |
| **Předpokládané datum zahájení fyzické realizace pilotního provozu:** | 1. 6. 2019 |
| **Předpokládané datum ukončení pilotního provozu:** | 28. 2. 2021 |

**INDIKÁTORY**

*Hodnota pro oba dva indikátory musí být stejná, stanovena v rozpětí 5 až 9. Hodnota musí souhlasit s počtem osob základního odborného KTPP uvedených v příloze č. 4. Jmenný seznam předpokládaných pracovníků pilotního provozu.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Název indikátoru** | **Celkem** |
| **60000 - celkový počet účastníků** - Jedná se o členy základního odborného KTPP[[2]](#footnote-2), kteří absolvují celý edukační program Paliativní péče v nemocnici. |  |
| **62600 - účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti -** Jedná se o členy základního odborného KTPP[[3]](#footnote-3), kteří po úspěšném absolvování kurzu Paliativní péče  v nemocnici získaji certifikát. |  |

**FINANČNÍ ČÁST**

*Podrobný rozpočet bude přílohou Žádosti č. 5.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Požadovaná výše dotace:** |  |

**PŘÍLOHY**

**Povinné přílohy**

*Žadatel označí, které Přílohy jsou doloženy - označením ANO/NE*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Příloha č. 1** | Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů[[4]](#footnote-4) |  |
| **Příloha č. 2** | Analýza potřeb paliativní péče a svého působení v regionu.  Dokládá se volnou formou. |  |
| **Příloha č. 3** | Popis zajištění pilotního provozu.  Viz formulář. |  |
| **Příloha č. 4** | Jmenný seznam předpokládaných pracovníků pilotního provozu. Viz formulář. |  |
| **Příloha č. 5** | Rozpočet pilotního provozu.  Viz formulář. |  |
| **Příloha č. 6** | Čestné prohlášení ohledně minimálního počtu lůžek akutní a následné péče ve výši 350 ke dni podání Žádosti o poskytnutí dotace a ohledně minimálního počtu úmrtí ve výši 200 za rok 2017. |  |

**Nepovinné přílohy**

*Nepovinnými přílohami Žádosti jsou např. Popis ukotvení v jiných strategických dokumentech pro daný region, jako je opora v krajských či obecních strategiích pro oblasti zdravotnictví   
a sociálních služeb.*

*Každá příloha bude uvedena na zvláštním řádku.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

**Já níže podepsaný zástupce Žadatele čestně prohlašuji, že k níže uvedenému dni:**

1. Žadatel není v likvidaci, v úpadku, hrozícím úpadku či není proti němu vedeno insolvenční řízení ve smyslu zákona č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), ve znění pozdějších předpisů;
2. Žadatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky nebo nemá nedoplatek   
   na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na sociálním zabezpečení nebo příspěvku na státní politiku zaměstnanosti;
3. Na Žadatele nebyl vydán inkasní příkaz po předcházejícím rozhodnutí Evropské komise prohlašujícím, že poskytnutá podpora je protiprávní a neslučitelná se společným trhem;
4. Žadateli nebyla v posledních 3 letech pravomocně uložena pokuta za umožnění výkonu nelegální práce podle § 5 písm. e) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Dále prohlašuji, že:

1. Údaje uvedené v této Žádosti o poskytnutí dotace, včetně všech příloh, jsou pravdivé,   
   a že elektronická verze žádosti je shodná s písemnou verzí[[5]](#footnote-5).
2. Souhlasím s uveřejněním všech informací vztahujících se k Žádosti o poskytnutí dotace   
   v souladu s § 18 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**INFORMACE O PODÁNÍ ŽÁDOSTI**

*V případě zastoupení Žadatele na základě Plné moci, bude Žádost obsahovat podpis osoby zastupující Žadatele a bude přiložena kopie plné moci.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Místo a datum podpisu Žádosti:** |  |
| **Jméno, příjmení a podpis zástupce statutárního orgánu, popř. osoby oprávněné zastupovat Žadatele:**  **Razítko:** |  |

1. Číslo žádosti je konstruováno Žadatelem následujícím způsobem: Jedná se IČO Žadatele. V případě, že Žadatel podává Žádost o dotaci i pro zajištění provozu jiného KTPP je navíc identifikována pořadovým číslem, tj. např. 000024341/1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Viz Metodika kapitola 5.2: vedoucí lékař, lékař, všeobecná sestra, klinický psycholog nebo psycholog ve zdravotnictví nebo jiný zaměstnanec s psychoterapeutickou kvalifikací. [↑](#footnote-ref-2)
3. dtto [↑](#footnote-ref-3)
4. Případně podle dříve platných předpisů tj. zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-4)
5. Pokud relevantní. [↑](#footnote-ref-5)