# Přílohy

Příloha č. 1

**Návrh na udělení Ceny ministra zdravotnictví za rozvoj dobrovolnictví ve zdravotnictví**

1. **Údaje o navrhovaném příjemci Ceny**

Název poskytovatele zdravotních služeb:

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

Sídlo poskytovatele zdravotních služeb:

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

Identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb:

……………………………………………………………………………………………………………Internetové stránky poskytovatele s programem dobrovolnictví ve zdravotnictví

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

Stručná charakteristika poskytovatele zdravotních služeb

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

Poskytovatel má zaveden program dobrovolnictví ve zdravotnictví, který si sám řídí
a organizuje:

* ANO
* NE

Doba zavedení programu dobrovolnictví v oblasti zdravotnictví v České republice, včetně uvedení roku zahájení této činnosti (vhodné zaškrtněte):

* 5-10 let,
* 10-15 let,
* 15-20 let,
* více než 20 let.

Rok zahájení programu dobrovolnictví ve zdravotnictví: ……………………………………………

Forma doložení roku zahájení programu dobrovolnictví ve zdravotnictví (např. výroční zpráva, dokument zakládající dobrovolnický program v organizaci, apod.) - uveďte odkaz:

…………………………………………………………………………………………...……………….

Cílové skupiny pacientů v programu dobrovolnictví ve zdravotnictví (vhodné zaškrtněte):

* + děti a mladiství (od 1 roku do 18 let)
	+ dospělí (nad 18 let)
	+ dospělí senioři (nad 60 let)

Poskytovatel má ve svém zdravotnickém zařízení zřízenu funkci koordinátora dobrovolnictví ve zdravotnictví. Pokud ano, uveďte na jaký úvazek (plný či částečný, případně DPČ/DPP). V případě, že je koordinátorů více, uveďte jejich počet včetně úvazku):

* ANO

……………………………………………………………………….………………………..………………………………………………………………………….………………………..…

* NE

Počet dobrovolníků ve zdravotnickém zařízení poskytovatele k datu podání přihlášky
se stručným popisem jejich zapojení (např. u pacientů na jednotlivých odděleních
- uveďte jakých, při realizaci akcí zaměřených na podporu zdraví aj., či v administrativně organizační a technické oblasti):

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

Dobrovolnické aktivity za posledních 5 let, kterými poskytovatel přispěl k osvětě dobrovolnictví ve zdravotnictví v ČR:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Přínos realizovaného programu dobrovolnictví ve zdravotnictví pro poskytovatele, zaměstnance, pacienty, případně další:

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

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

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

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

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

Další vize poskytovatele v pojetí programu dobrovolnictví ve zdravotnictví:

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

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

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

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

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

Jakým způsobem přispěl poskytovatel k rozvoji teoretických a praktických znalostí koordinátora dobrovolníků a dobrovolníků za dobu existence programu dobrovolnictví
ve zdravotnictví ve své organizaci:

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

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

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

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

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

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

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

Přínos Ceny pro poskytovatele v případě získání ocenění:

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

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

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

Příloha č. 2

1. **Údaje o navrhovateli**
2. **V případě právnické osoby:**

Název:

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

Sídlo:

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

Identifikační číslo:

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

Kontaktní osoba:

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

Kontaktní údaje (telefon, e-mail):

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

1. **V případě fyzické osoby**

Jméno, příjmení:

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

Adresa trvalého pobytu:

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

Kontaktní údaje (telefon, e-mail):

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

1. **V případě územního samosprávného celku**

Název:

……………………………………………………………………………………………………………Kontaktní osoba:

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

Kontaktní údaje (telefon, e-mail):

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

Podpis: ....................................................

V …………………, dne ...........................