Název poskytovatele dotace: Ministerstvo zdravotnictví ČR

**Žádost o poskytnutí dotace v rámci Programu podpory**

**dobrovolnické činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb**

**Identifikace výzvy:** Výzva k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu podpory dobrovolnické činnosti u Poskytovatelů zdravotních služeb vyhlášená dne 22. října 2020

**Účel dotace:** Účelem dotace je podpora rozvoje dobrovolnické činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb a dále pilotní ověření pilotní ověření nově zaváděných prvků Metodiky Programu dobrovolnictví v praxi

**Adresát žádosti:** Ministerstvo zdravotnictví ČR

**Název**  **programu:** Program podpory dobrovolnické činnosti u Poskytovatelů zdravotních

služeb

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

**Název pilotního ověření:** xxxxxxxxxxxxxx

**IDENTIFIKACE žAdATELE**

*Žadatel uvede úplné a správné identifikační údaje.*

|  |  |
| --- | --- |
| Název: |  |
| IČO (u fyzických osob rodné číslo): |  |
| 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: |  | |

**KOORDINÁTOR DOBROVOLNÍKŮ kdzs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jméno a příjmení navržené osoby KDZS | Úvazek | Předložený životopis pro hodnocení zkušeností  *ANO/NE* |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

**zkušenosti žadatele**

|  |
| --- |
| **Zkušenosti Žadatele:** |
| * *Představte Žadatele a jeho dosavadní zkušeností s programem dobrovolnictví.* |

**STÁVAJÍCÍ PROGRAM DOBROVOLNICTVÍ**

*Informace o stávajícím programu dobrovolnictví v rámci PZS.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Délka existence programu dobrovolnictví v rámci PZS v letech:** |  |
| **Počet dobrovolníků, se kterými má žadatel v době podání Žádosti o dotaci uzavřenou smlouvu přímo, případně přes spolupracující NNO:** |  |
| **Průměrný měsíční počet hodin dobrovolnické činnosti za rok 2019** *(vypočtený jako počet hodin dobrovolnické činnosti vykázaný za rok 2019/12) pro stanovení indikátoru Navýšení průměrného počtu hodin dobrovolnické činnosti.* |  |

**program podpory zdraví žadatele (HPH ČR)**

*Informace, zda žadatel patří do sítě HPH ČR a zda žadatel realizuje program dobrovolnictví jako součást svého nemocničního programu podpory zdraví.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Patří žadatel do sítě HPH ČR** | *ANO/NE[[2]](#footnote-2)* |
| *Uveďte, zda realizujete program dobrovolnictví jako součást svého nemocničního programu podpory zdraví. Stručně popište návaznosti.* | |

**Zdůvodnění A ÚČEL Žádosti**

*Zdůvodnění a účel, na který chce Žadatel žádané prostředky využít.*

|  |
| --- |
| **Odůvodnění a účel:** |
| *Stručně popište účel podání Žádosti (tj. účel, na který chcete dotaci použít), a to v souladu s Pokyny pro žadatele a příjemce.* |

**INDIKÁTORY A UKAZATELE ŽÁDOSTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kód indikátoru** | **Indikátory OPZ** | **Cílová hodnota** |
| 6.00.00 | Celkový počet osob/účastníků | 1 osoba |
| 6.26.00 | Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti | 1 osoba |
| **---** | **Ukazatele programu** | **Cílová hodnota** |
| --- | Počet aktivních dobrovolníků |  |
| --- | Navýšení počtu hodin dobrovolnické činnosti |  |

*Cílovou hodnotu ukazatelů programu doplní žadatel*

**POPIS PILOTNÍHO OVĚŘENÍ**

*Popis jednotlivých činností v rámci pilotního ověření plánovaných v rámci jeho realizace.*

|  |
| --- |
| **Popis činností v rámci pilotního ověření:** |
| *Uveďte stručně činnosti, které plánujete v rámci realizace pilotního ověření. Stručně popište jednotlivé plánované aktivity.* |

**VYMEZENÍ CÍLOVÉ SKUPINY**

*Popis cílové skupiny, kvalitativní a kvantitativní vymezení, způsob vymezení cílové skupiny.*

|  |
| --- |
| **Vymezení cílové skupiny v rámci pilotního ověření:** |
| *Popište cílovou skupinu pilotního ověření / programu dobrovolnictví v rámci Vaší PZS v souladu s vymezením cílové skupiny v rámci Pokynů pro žadatele a příjemce vztažené k PZS.*  *V rámci vymezení cílové skupiny by měly být uvedeny:*   * + *parametry výběru,*   + *jejich kvalitativní vymezení*   + *kvantitativní vymezení* |

**ČASOVÝ HARMONOGRAM**

*Lhůta, v níž má být dosaženo účelu[[3]](#footnote-3).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Předpokládaný datum zahájení pilotního ověření:** | 1. 4. 2021 |
| **Předpokládaný datum ukončení pilotního ověření:** | 30. 9. 2022 |

**Finanční část**

*Požadovaná výše dotace na realizaci pilotního ověření*

*Podrobný rozpočet bude přílohou Žádosti.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Požadovaná výše dotace[[4]](#footnote-4):** |  |

**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[[5]](#footnote-5) |  |
| **Příloha č. 2** | Popis fungování současného programu dobrovolnictví, přehled oddělení/stanic, kde funguje k datu podání žádosti PD a přehled aktivit v rámci PD za poslední dva roky. |  |
| **Příloha č. 3** | Vlastnoručně podepsaný Profesní životopis osoby Koordinátora dobrovolnictví u PZS. |  |
| **Příloha č. 4** | Stručný Popis stávajícího systému řízení kvality a bezpečí uplatňovaných u PZS a informace o získaných osvědčeních |  |
| **Příloha č. 5** | Plán Rozvoje dobrovolnické činnosti |  |
| **Příloha č. 6** | Náplň práce Koordinátora dobrovolníků ve zdravotních službách (plánovaná) |  |
| **Příloha č. 7** | Rozpočet pilotního ověření |  |

**Nepovinné přílohy**

*Nepovinnými přílohami Žádosti jsou např. příklady dobrovolnické činnosti.*

*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 finančních prostředků, včetně všech příloh, jsou pravdivé, a že elektronická verze žádosti je shodná s písemnou verzí[[6]](#footnote-6).
2. Souhlasím s uveřejněním všech informací vztahujících se k Žádosti o poskytnutí finančních prostředků v souladu s § 18 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
3. Prohlašuji, že při realizaci pilotního ověření budu spolupracovat na pilotním otestování nově připraveného systému inovovaného dobrovolnického programu u PZS, který obdržím od realizačního týmu.
4. Prohlašuji, že při realizaci pilotního ověření budu aktivně spolupracovat s realizačním týmem v souladu s Pokyny pro žadatele a příjemce.
5. Prohlašuji, že v průběhu realizace pilotního ověření budu aktivně propagovat pilotní ověření i projekt MZ ČR ve vztahu k pacientům a veřejnosti v souladu s pravidly OPZ

**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 o konstrukci **DOB** – IČO žadatele. V případě, že Žadatel podává více Žádostí o dotaci, je Žádost navíc identifikována pořadovým číslem, tj. např. DOB-000024341/1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Vyberte relevantní [↑](#footnote-ref-2)
3. Je stanoveno pro všechny žádosti v rámci výzvy [↑](#footnote-ref-3)
4. Tj. požadovaná výše dotace na zajištění pilotního ověření. [↑](#footnote-ref-4)
5. Případně podle dříve platných předpisů, tj. zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-5)
6. Pokud je relevantní. [↑](#footnote-ref-6)