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

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW**

**DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE REALIZACJI PROJEKTU**

**W RAMACH DZIAŁANIA 7.3 „INFRASTRUKTURA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA”
 (konkurs poświęcony wsparciu regionalnych podmiotów leczniczych, które realizują na rzecz osób dorosłych stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ DEDYKOWANEJ CHOROBOM UKŁADU KOSTNO-MIĘŚNIOWEGO) W RAMACH
 REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO NA LATA 2014-2020**

**KONKURS JEDNOETAPOWY**

|  |
| --- |
| **Część A:****Załączniki z części A są obligatoryjne dla Wnioskodawcy na dzień składania wniosku. Jeśli dany załącznik nie dotyczy Wnioskodawcy należy zaznaczyć opcję N/D.**  |
| **LP.** | **NAZWA ZAŁĄCZNIKA** |  |
| **1** | **Studium Wykonalności Inwestycji wraz z wersją elektroniczną (płyta CD/DVD)** | TAK [ ]   |
| **2** | **Szacunkowy kosztorys opracowany metodą uproszczoną/Dokument potwierdzający podstawę wyceny poszczególnych elementów** | TAK [ ]   |
| **3** | **Krajowy Rejestr Sądowy bądź inny dokument rejestrowy Wnioskodawcy wraz z umową spółki**  | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **4** | **Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **5** | **Upoważnienia i pełnomocnictwa osób/podmiotów upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy, innych niż wykazanych w dokumentach rejestrowych (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **6** | **Bilans za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości**  | TAK [ ]  N/D [ ]   |
| **7** | **Rachunek zysków i strat za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości**  | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **8** | **Opinia Wojewody Świętokrzyskiego o Celowości Inwestycji [[1]](#footnote-1)** | TAK [ ]  NIE [ ]   |
| **9** | **Umowy/promesy umów o współpracy zawarte z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, które wiążą się z Oświadczeniem w sprawie współpracy instytucjonalnej, w tym związane m.in. z zapewnieniem opieki koordynowanej w zakresie zgodnym z zakresem wsparcia** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| **10** | **Program Restrukturyzacji (naprawczy, strategiczny, rozwoju)w części w jakiej wiąże się on z zakresem projektu (wyciąg z Programu) wraz z uchwałą podmiotu tworzącego w sprawie jego zatwierdzenia** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| **11** | **Umowa / umowy zawarte z uczelnią w sprawie udostępniania komórek i / lub jednostek organizacyjnych do realizacji zadań związanych z kształceniem przeddyplomowym i / lub podyplomowym w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia**  | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| **12** | **Oświadczenie w sprawie zakresu rzeczowego objętego projektem** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **13** | **Oświadczenie w sprawie posiadania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **14** | **Oświadczenie w sprawie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **15** | **Oświadczenie w sprawie dysponowania kadrą medyczną niezbędną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **16** | **Oświadczenie w sprawie dysponowania infrastrukturą techniczną na potrzeby wyrobów medycznych objętych projektem** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **17** | **Oświadczenie w sprawie zasadności zakupu wybranych wyrobów medycznych** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **18** | **Oświadczenie w sprawie zgodności z zasadami koncepcji uniwersalnego projektowania** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **19** | **Oświadczenie w sprawie rozwoju opieki koordynowanej w zakresie objętym wsparciem** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **20** | **Oświadczenie w sprawie współpracy instytucjonalnej** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **21** | **Oświadczenie w sprawie programu restrukturyzacji** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **22** | **Oświadczenie w sprawie wykorzystania łóżek** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **23** | **Oświadczenie w sprawie efektywności finansowej podmiotu leczniczego** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **24** | **Oświadczenie w sprawie poprawy jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakresie objętym wsparciem** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **25** | **Oświadczenie w sprawie poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych realizowanych w warunkach dziennych i / lub ambulatoryjnych w zakresie objętym wsparciem.**  | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **26** | **Oświadczenie w sprawie zapewnienia kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej**  |  |
| **27** | **Oświadczenie w sprawie odsetka dorosłych pacjentów leczonych w oddziale objętym zakresem wsparcia, którzy do 6 miesięcy od przyjęcia zakończyli hospitalizację związaną z leczeniem choroby powodującej dysfunkcję narządu ruchu.** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **28** | **Oświadczenie w sprawie wpływu projektu na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym wsparciem**  | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **29** | **Oświadczenie w sprawie realizacji w zakresie objętym wsparciem działań, rozwiązań lub produktów innowacyjnych** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **30** | **Oświadczenie o wpisie do Programu Rewitalizacji (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]   |
| **31** | **Oświadczenie w sprawie wykorzystania majątku objętego zakresem projektu w celach gospodarczych** | TAK [ ]  N/D [ ]  |
| **32** | **Oświadczenie dotyczące świadomości skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji** | TAK [ ]   |
| **Część B:** **Niniejsze dokumenty należy dostarczyć wraz z dokumentacją konkursową lub na co najmniej 30 dni kalendarzowych przed złożeniem pierwszego wniosku o płatność, w którym Beneficjent wnioskuje o płatność zaliczkową/refundacyjną, ale nie później niż do dnia wskazanego w umowie/decyzji (warunek rozwiązujący).****Opcję „Tak” należy zaznaczyć, gdy Wnioskodawca posiada dany załącznik na dzień składania wniosku, opcję „Nie” należy zaznaczyć, gdy dany załącznik dotyczy Wnioskodawcy, ale nie posiada on go na dzień składania wniosku, opcję „nie dotyczy” należy zaznaczyć, gdy ze względu na specyfikę projektu, dany załącznik nie dotyczy Wnioskodawcy.** |
| **33** | **Dokumentacja związana z oceną oddziaływania na środowisko:** |  |
| a) | formularz do wniosku o dofinansowanie w zakresie oceny oddziaływania na środowisko (OOŚ) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| b) | deklaracja organu odpowiedzialnego za monitorowanie Obszarów NATURA 2000 (Dodatek 1 do Formularza OOŚ) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| c) | deklaracja właściwego organu odpowiedzialnego za gospodarkę wodną (Dodatek 2 do Formularza OOŚ) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| d) | tabela dotycząca przestrzegania przez aglomerację przepisów dyrektywy dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych (Dodatek 3 do Formularza OOŚ) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| e) | wniosek o wydanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach wraz z kartą informacyjną przedsięwzięcia | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| f) | decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach wraz z dokumentem (informacją) potwierdzającym podanie do publicznej wiadomości informacji o wydanej decyzji | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 34 | **Kopia pozwolenia na budowę wraz z kopią wniosku o wydanie pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 35 | **Kopia zgłoszenia robót budowlanych, dla którego nie wniesiono sprzeciwu (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 36 | **Kosztorys inwestorski (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 37 | **Oświadczenie o posiadanej dokumentacji technicznej (jeśli dotyczy)** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 38 | **Oświadczenie o prawie dysponowania nieruchomością na cele budowlane/Oświadczenie o prawie dysponowania nieruchomością na cele projektu** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 39 | **Oświadczenie Beneficjenta i instytucji partycypujących finansowo w kosztach o posiadaniu środków niezbędnych do zrealizowania Projektu (w przypadku instytucji społecznych statut i odpowiednia uchwała organu stanowiącego) wraz z dokumentem potwierdzającym** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 40 | **Oświadczenie o zagwarantowaniu świadczeń zdrowotnych objętych projektem w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 41 | **Zaświadczenie o udzielaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych na podstawie umowy/umów zawartych z NFZ lub właściwą instytucją pełniącą funkcję płatnika** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 42 | **Inne niezbędne załączone dokumenty wymagane prawem lub kategorią projektu.** | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |

*Inne niezbędne załączone dokumenty wymagane prawem lub kategorią projektu*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dokumentu** |
|  |  |

**Dane osoby/osób przedkładających załączniki:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instytucja** |  |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Stanowisko** |  |
| **Data** |  |
| **Podpis i pieczątka imienna** |  |

1. W przypadku, gdy na etapie składania dokumentacji aplikacyjnej Wnioskodawca nie dysponuje Opinią
o Celowości Inwestycji, Wnioskodawca składa wraz z wnioskiem potwierdzone wystąpienie w sprawie wydania OCI zaznaczając opcję „TAK”. [↑](#footnote-ref-1)