|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Funduszy Europejskich |  | Logo Unii Europejskiej |

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE REALIZACJI PROJEKTU**

**W RAMACH DZIAŁANIA 7.3 „INFRASTRUKTURA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA”
 (konkurs poświęcony wsparciu oddziałów oraz innych jednostek i komórek organizacyjnych regionalnego lecznictwa uzdrowiskowego i współpracujących z nimi pracowni diagnostycznych, które realizują na rzecz osób dorosłych stacjonarne, całodobowe
i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dedykowane chorobom układu krążenia oraz chorobom układu kostno-stawowego
i mięśniowego** - **dedykowany wyłącznie dla OSI Obszar uzdrowiskowy)
REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO NA LATA 2014-2020**

**I etap konkursu:**

[ ]  Nie dotyczy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** |  |
| 1 | Studium Wykonalności Inwestycji/Biznes plan wraz z wersją elektroniczną (płyta CD/DVD) | TAK [ ]  NIE [ ]   |
| 2 | Dokumenty potwierdzające podstawę wyceny poszczególnych elementów | TAK [ ]  NIE [ ]   |
| 3 | Krajowy Rejestr Sądowy bądź inny dokument rejestrowy Wnioskodawcy wraz z umową spółki  | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 4 | Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 5 | Upoważnienia i pełnomocnictwa osób/podmiotów upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy, innych niż wykazanych w dokumentach rejestrowych (jeśli dotyczy) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 6 | 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) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]   |
| 7 | Bilans za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości (jeśli dotyczy) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]   |
| 8 | Rachunek zysków i strat za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości  | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 9 | Opinia Wojewody Świętokrzyskiego o Celowości Inwestycji | TAK [ ]  NIE [ ]   |
| 10 | Umowa / umowy o współpracy zawarte z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 11 | Program Restrukturyzacji 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 [ ]  |
| 12 | 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 [ ]  |
| 13 | Oświadczenie w sprawie posiadania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 14 | Oświadczenie w sprawie zapotrzebowania na świadczenie opieki zdrowotnej | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 15 | Oświadczenie w sprawie dysponowania kadrą medyczną niezbędną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 16 | Oświadczenie w sprawie dysponowania infrastrukturą techniczną na potrzeby wyrobów medycznych objętych projektem | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 17 | Oświadczenie w sprawie liczby łóżek szpitalnych w oddziałach objętych zakresem wsparcia | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 18 | Oświadczenie w sprawie zgodności z zasadami koncepcji uniwersalnego projektowania | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 19 | Oświadczenie w sprawie konsolidacji oraz współpracy instytucjonalnej z podmiotami leczniczymi | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 20 | Oświadczenie udziału przyjęć w trybie nagłym w stosunku do wszystkich przyjęć do oddziału o charakterze zachowawczym objętym zakresem wsparcia | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 21 | Oświadczenie w sprawie przejścia od opieki realizowanej w warunkach szpitalnych do lecznictwa w warunkach ambulatoryjnych w zakresie objętych wsparciem | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 22 | Oświadczenie w sprawie zakresu komórek organizacyjnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 23 | Oświadczenie w sprawie wpływu projektu na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym wsparciem | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 24 | Oświadczenie w sprawie realizacji w zakresie objętym wsparciem działań, rozwiązań lub produktów innowacyjnych | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 25 | Oświadczenie w sprawie udzielania świadczeń zabiegowych w stosunku do wszystkich świadczeń udzielanych na oddziale o charakterze zabiegowym objętym zakresem wparcia | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 26 | Oświadczenie w sprawie realizacji kompleksowej opieki kardiologicznej | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 27 | Oświadczenie w sprawie koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych w zakresie objętym wsparciem  | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 28 | Oświadczenie o wpisie do Programu Rewitalizacji | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 27 | Oświadczenie dotyczące świadomości skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji | TAK [ ]   |
| 28 | Oświadczenie o statusie dużego przedsiębiorstwa | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 28 | Inne niezbędne załączone dokumenty wymagane prawem lub kategorią projektu. | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |

**Inne niezbędne dokumenty dołączone na I etapie konkursu:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Funduszy Europejskich |  | Logo Unii Europejskiej |

**II etap konkursu:**

[ ]  Nie dotyczy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** |  |
| 1 | Dokumentacja związana z oceną oddziaływania na środowisko:1. Formularz do wniosku o dofinansowanie w zakresie oceny oddziaływania na środowisko (OOŚ),
2. Deklaracja organu odpowiedzialnego za monitorowanie obszarów Natura 2000 (Dodatek 1 do Formularza OOŚ),
3. Deklaracja właściwego organu odpowiedzialnego za gospodarkę wodną (Dodatek 2 do Formularza OOŚ),
4. Tabela dotycząca przestrzegania przez aglomeracje będące przedmiotem formularza wniosku przepisów dyrektywy dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych (Dodatek 3 do Formularza OOŚ),
5. Wniosek o wydanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach wraz z kartą informacyjną przedsięwzięcia;
6. Decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach wraz z dokumentem (informacją) potwierdzającym podanie do publicznej wiadomości informacji o wydanej decyzji
 | TAK [ ]  NIE [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ] TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ] TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ] TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ] TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 2 | Kopia pozwolenia na budowę wraz z kopią wniosku o wydanie pozwolenia na budowę | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 3 | Kopia zgłoszenia robót budowlanych, dla których nie wniesiono sprzeciwu | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 4 | Kosztorys inwestorski | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 5 | Oświadczenie o posiadanej dokumentacji technicznej  | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 6 | Oświadczenie o prawie dysponowania nieruchomością na cele budowlane/ Oświadczenie o prawie dysponowania nieruchomością na cele projektu | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 7 | Bilans za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości (jeśli dotyczy) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 8 | Rachunek zysków i strat za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości  | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 9 | Dokument potwierdzający posiadanie środków niezbędnych do zrealizowania Projektu (w przypadku promesy kredytowej nie może on mieć charakteru warunkowego-musi z niej wynikać, iż instytucja finansująca zbadała zdolność kredytową Wnioskodawcy i udzieli kredytu na sfinansowanie inwestycji) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 10 | Oświadczenie o zagwarantowaniu świadczeń zdrowotnych objętych projektem w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 11 | 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 [ ]  |
| 12 | Upoważnienia i pełnomocnictwa osób/podmiotów upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy, innych niż wykazanych w dokumentach rejestrowych (jeśli dotyczy) | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 13 | Oświadczenie w zakresie wykorzystywania majątku objętego zakresem projektu w celach gospodarczych | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |
| 14 | Inne niezbędne załączone dokumenty wymagane prawem lub kategorią projektu. | TAK [ ]  NIE [ ]  N/D [ ]  |

**Inne niezbędne dokumenty dołączone na II etapie konkursu:**

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

**Dane osoby/osób przedkładających załączniki:**

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