**Žádost o přidělení finančních prostředků ze státního rozpočtu na dotační program Bezpečnost a kvalita zdravotní péče pro rok 2019**

Evidenční číslo projektu (vyplní MZ):

|  |  |
| --- | --- |
| **Název programu** | Program Bezpečnost a kvalita zdravotní péče |
| **1. Název projektu** |  |
| **2. Priorita na rok 2019** |  |
| **3. Název organizace** |  |
| **IČ** |  |
| **4. Žadatel:** |
| Ulice |  | Č. p. |  |
|  |  | Č. o. |  |
| Obec |  | Část obce  |  |
| PSČ |  | Kód obce |  |
| Okres |  | Kraj |  |
| Telefon |  | http:// |  |
| E-mail |  |
| **5. Realizátor (řešitel):** |
| Příjmení, jméno, titul |  |
| Telefon / Mobil |  | E-mail  |
| Název a adresa pracoviště řešitele |  |
| Právní forma | [ ]  spolek, nadace, ústavy, nadační fondy [ ]  obecně prospěšné společnosti[ ]  církve a náboženské společnosti [ ]  příspěvkové organizace a organizační složky státu zřízené ministerstvem nebo jiným správním orgánem[ ]  Územní samosprávné celky a organizace zřízené územním samosprávným celkem | [ ]  Právnické osoby[ ]  Podnikající fyzické osoby[ ]  Organizace v působnosti jiných resortů než MZ (např.: vysoké školy) |
| **7. Náklady na projekt:** |  |
| Celkem náklady (Kč) |  |
| Požadovaná dotace (Kč) |  |
| **8. Registrace**(kompletní číselné značení dle typu právní formy vč. data registrace) |  |
| **9. Statutární orgán**(jméno, příjmení, titul, funkce) |  |
| **10. Jméno osoby s podílem v této právnické osobě**  |  |
| **11. Podíly Žadatele na jiných právnických osobách** |  |
| **12. Jméno zmocněnce**v případě jednající osoby na základě zmocnění/plné moci -nutno doložit! |  |
| **13. Kontaktní osoba** odpovědná za zpracování ekonomické části žádosti |  |
| **14. Údaje pro elektronické doručování:** |
| ID datové schránky |  |
| Kontaktní elektronická adresa (dle § 19 odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů) |  |
| **15. Bankovní spojení**(uveďte název a adresu pobočky banky a číslo účtu přesně, včetně pomlček) |  |

|  |
| --- |
| **16. Počet zaměstnanců podílejících se na realizaci projektu:** |
| Pracovní poměr |  | Počet osob |  | Přepočteno na plné úvazky |  |
| **17. Místně příslušný finanční úřad**vč. adresy jeho sídla |  |
| **18. Charakteristika žadatele** (organizace)s ohledem na dosavadní zaměření činnosti |  |
| **19. Dotace či pomoc od MZ nebo jiného orgánu veřejné moci, či jiné veřejné instituce získané žadatelem pro předkládaný projekt v předchozích letech:** |
| Rok | Poskytovatel dotace | Dotace/podpora v Kč | Datum vzniku nároku na dotaci/podporu | Podpora de minimisano/ne |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **20. Územní působnost žadatele** (organizace):[ ]  Hl. m. Praha[ ]  Středočeský kraj[ ]  Jihočeský kraj[ ]  Plzeňský kraj[ ]  Karlovarský kraj[ ]  Ústecký kraj[ ]  Liberecký kraj  | [ ]  Královéhradecký kraj[ ]  Pardubický kraj[ ]  Kraj Vysočina [ ]  Jihomoravský kraj[ ]  Olomoucký kraj[ ]  Zlínský kraj[ ]  Moravskoslezský kraj[ ]  Celostátní  |
| **21. Základní idea a stručný obsah projektu** (max. 4 řádky) |  |
| **22. Popis projektu**  řešit přílohou | a) minimální požadavky: jasně definovaná teoretická východiska, konkrétní cíle a jak přispívají k naplňování cílů státní politiky, jasně vymezená cílová populace a její participace na projektu, popis dílčích aktivit a přesný časový harmonogram realizace projektu, popis metod, konkrétní výstupy, odborná garance a supervize projektu, návrh na hodnocení výsledků ve vztahu k stanoveným cílům, definice kritérií, podle kterých bude v daném roce měřena efektivita, udržitelnost projektových aktivit, zhodnocení efektivity vynaložených finančních prostředků, zdůvodnění rozpočtu projektu, další. V případě, že byl projekt téhož či podobného záměru již v minulosti podpořen, popíše předkladatel návaznost projektů a zhodnotí výsledky již ukončených aktivit, další.b) Časový harmonogram projektuc) Rozpočet projektu (excelové tabulky jsou přílohou Metodiky) |
| **Doba realizace projektu: od: do:** |
| **Místo realizace projektu:** |
| **Byl tento projekt v minulých letech dotován z výběrového řízení dotačního programu Bezpečnost a kvalita zdravotní péče?** | **ANO / NE**(nehodící se škrtněte) |
| **Jestliže ano, uveďte výši dotace v daném roce** | **2016** | **2017** | **2018** |
|  |  |  |

# Specifická část - podrobný popis projektu

# Popis projektu

# Hlavní cíl(e) projektu

# Vedlejší cíle projektu

# Metody a způsoby realizace

# Charakteristika a velikost cílové skupiny

# Časový harmonogram projektu

# Hodnocení efektu projektu (Projekt musí mít prokazatelně pozitivní vliv na vybrané cílové skupiny, musí být uvedena objektivní kritéria vyhodnocení efektu projektu. Musí být explicitně uvedeny i indikátory vhodné pro zhodnocení efektivity, vč. postupu hodnocení efektu projektu.)

# Publikační a audiovizuální materiál v rámci projektu (Pokud je plánován uveďte předpokládaný název, osnovu obsahu, formu, počet výtisků, způsob distribuce.)

# Základní informace a profesní životopisy o řešiteli a spoluřešitelích projektu

|  |
| --- |
| **23. Statutární orgán** prohlašuji, že organizace ke dni podání žádosti nemá žádné závazky po lhůtě splatnosti ve vztahu ke státnímu rozpočtu, státnímu fondu, zdravotní pojišťovně, orgánům sociálního zabezpečení, rozpočtu územního samosprávného celku.Dne: Podpis, razítko: |
| **24. Statutární orgán**potvrzuji, že jsem žádost schválil/a a doporučil/a k předložení do dotačního řízení MZ na rok 201\_ a potvrzuji pravdivost uváděných údajů. Dále souhlasí se skutečností, že MZ bude jako správce za účelem poskytnutí dotace, a úkonů s tím souvisejících, zpracovávat osobní údaje uvedené v žádosti o poskytnutí dotace, a to na základě ustanovení § 14 a násl. rozpočtových pravidel, ve spojení s ustanovením čl. 6 odst. 1 písm. e) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).Dne: Podpis, razítko: |