*Załącznik Nr 2*

*do Regulaminu powierzania grantów*

*w ramach projektu* „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii”

**KARTA OCENY WNIOSKU O POWIERZENIE GRANTU**

**w ramach projektu „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii”**

**Nr wniosku ………………………………………..**

**Data wpływu ……………………………………..**

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA POUFNOŚCI**Niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się do: 1) wypełniania moich obowiązków w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z  posiadaną wiedzą; 2) niezatrzymywania kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji; 3) zachowania w tajemnicy i zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i  zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla elementów oceny i nie mogą zostać ujawnione przeze mnie stronom trzecim. **Data, miejscowość: ……………………………………………… Podpis: …..…………………………..** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa kryterium** | **0/1** |
| **1.** | Czy Wniosek został złożony w terminie? |  |
| **2.** | Czy Wniosek jest kompletny (został złożony wraz z załącznikami)? |  |
| **3.** | Czy Wniosek jest złożony przez podmiot uprawniony do udziału w naborze? |  |
| **4.** | Czy Wniosek jest złożony przez podmiot, który nie został wykluczony z ubiegania się o środki publiczne zgodnie z obowiązującym prawem ? |  |
| **5.** | Czy okres realizacji Wniosku nie przekracza maksymalnego czasu określonego w  Regulaminie i czy wsparcie na rzecz UP świadczone będzie przez okres co najmniej 24 m-cy ? |  |
| **6.** | Czy kwota wnioskowanego wsparcia nie przekracza kwoty określonej w Regulaminie? |  |
| **7.** | Czy wydatki i działania zaplanowane we Wniosku spełniają warunki określone w Regulaminie ? |  |
| **8.** | Czy wsparcie będzie realizowane w powiatach, w których na moment składaniawniosku o dofinansowanie nie jest dostępna dana forma udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych? |  |
| **9.** | Czy projekt realizowany będzie przez podmiot wykonujący działalnośćleczniczą, które zapewnia udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach conajmniej I i II poziomu referencyjnego w psychiatrii dzieci i młodzieży? |  |
| **10.** | Czy projekt ukierunkowany jest na co najmniej jedną, inną niż stacjonarna,formę udzielania świadczeń (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczeniaśrodowiskowego, I i II poziomy referencyjne w psychiatrii dzieci i młodzieży, centra zdrowia psychicznego dla dorosłych)? |  |
| **11.** | Czy projekt realizowany jest przez podmioty wykonujące działalnośćleczniczą, które przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie / wniosku o  udzielenie grantu nie zapewniały kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi we wszystkich formach: pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej, a taki zakres zagwarantują? |  |
| **12.** | Czy Wnioskodawca zadeklarował, że posiada kadrę niezbędnądo udzielania kompleksowych świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych, dziennych i środowiskowych zgodnie z  obowiązującymi przepisami (dotyczy podmiotów, które przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie / wniosku o udzielenie grantu, a przed datą złożenia wniosku nie zapewniał udzielania takich świadczeń)? |  |
| **13.** | Czy Wnioskodawca posiada komórkę organizacyjną pod nazwą Zespół Leczenia Środowiskowego (kod 2730) zarejestrowaną w rejestrze Wojewody Pomorskiego przed dniem ogłoszenia naboru i realizuje w niej świadczenia gwarantowane w oparciu o kontrakt podpisany z Pomorskiem Oddziałem Wojewódzkim NFZ?  |  |
| **14.** | Czy Wnioskodawca udziela świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego w  psychiatrii dzieci i młodzieży w ramach prowadzonego oddziału dziennego psychiatryczno – rehabilitacyjnego dla dzieci ? |  |
| **17.** | Czy Wnioskodawca w latach 2023-2024 współpracował z organizacjami pozarządowymi i/lub instytucjami integracji i pomocy społecznej? |  |
| **18.** | Czy usługi zdrowotne planowane w ramach grantu (możliwe do realizacji w  ramach IPW) nie są objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych NFZ oraz świadczeń realizowanych w  procesie leczenia? |  |
| **19.** | Czy Wnioskodawca zadelarował realizację wskaźników na minimalnym poziomie wynikającym z Wniosku?  |  |
| **RAZEM:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wynik oceny Wniosku** | **Podpisy osób weryfikujących Wniosek** |
| **Ocena kryteriów podmiotowych** | **POZYTYWNA/ NEGATYWNA\*** | data i podpis: | data i podpis: |
| **Ocena kryteriów przedmiotowych** | **POZYTYWNA/ NEGATYWNA\*** | data i podpis: | data i podpis: |
| **Wniosek skierowano do uzupełnienia braków/udzielenia wyjaśnień** zgodnie z §6 ust. 7 Regulaminu | **TAK/NIE** |  |  |
|  |
| **Uzupełniono braki/ udzielono wyjaśnień**zgodnie z §6 ust. 8 Regulaminu | **TAK/NIE** |  |  |
| **Rekomendacja Grantu o wartości** | **………………………………………………………… zł** |
| **Nie rekomenduje się powierzenia Grantu** | Uzasadnienie: |
| **Zatwierdzenie wyniku oceny przez Dyrektora DZ /****Z-ce Dyrektora DZ** | data i podpis: |

**\***niewłaściwe skreślić