

Załącznik nr 3

do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego w ramach projektu grantowego „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O GRANT
w ramach Projektu
pn. „Małopolska Tarcza Antykryzysowa.
Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”
realizowanego przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie

Numer Wniosku:	
Data i godzina wpływu Wniosku:	
Data i godzina wpływu poprawionego Wniosku (jeżeli dotyczy):	
Wnioskodawca:	
Dotyczy placówki:	
Typ placówki (publiczna/niepubliczna):	
Imię i nazwisko Oceniającego	
Imię i nazwisko Sprawdzającego	

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI I POUFNOŚCI

Niniejszym oświadczam, że:

- przed upływem trzech lat od daty zakończenia naboru wniosków nie pozostawałem/-am w stosunku pracy ani nie wykonywałem/-am pracy w ramach stosunku cywilnoprawnego (np. umowa o dzieło, umowa zlecenia, umowa o świadczenie usług) na rzecz Wnioskodawcy. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego w Krakowie i wycofania się z oceny tego wniosku,
- nie pozostaję w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/-a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z urzędującymi członkami organów zarządzających lub nadzorczych Wnioskodawcy. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego w Krakowie i wycofania się z oceny tego wniosku,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności, w szczególności nie jestem współnikiem ani członkiem jego organu zarządzającego lub nadzorczego. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego w Krakowie i wycofania się z oceny tego wniosku,
- zobowiązuję się, że będę wypełniać moje obowiązki w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,
- zobowiązuję się do 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 celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione stronom trzecim.

Data i podpis Oceniającego:.....

Data i podpis Sprawdzającego:.....

Kryteria kwalifikowalności	Ocena		
	TAK	NIE	Uwagi
I. KOMPLETNOŚĆ			
Wniosek jest kompletny (tj. wszystkie niezbędne pola zostały wypełnione, dołączono wszystkie załączniki, a Wniosek został podpisany przez osobę umocowaną do reprezentowania Wnioskodawcy			
II. PRAWIDŁOWOŚĆ			
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w ogłoszeniu i na odpowiednim formularzu			
2. Wniosek został wypełniony w języku polskim			
3. Wniosek został złożony przez podmiot do tego uprawniony zgodnie z §7 Regulaminu			
4. Wnioskowana kwota grantu została obliczona zgodnie z metodologią wskazaną w <i>Regulaminie</i> - § 8 ust. 11 pkt 6) z zastrzeżeniem, że minimalna kwota grantu wynosi 10 tys. zł na podmiot medyczny prowadzący placówkę/i zaś maksymalna kwota grantu nie przekracza kwoty 200 tys. zł na podmiot.			
5. Podmiot leczniczy prowadzący placówkę/i POZ ubiegający się o wsparcie grantowe deklaruje gotowość wniesienia wymaganego wkładu własnego obliczonego zgodnie z metodologią wskazaną w <i>Regulaminie</i> - § 8 ust. 11 pkt 6)			
6. Zakupy finansowane z grantu dotyczą kategorii wskazanych w § 3 ust. 2 <i>Regulaminu</i> , przy czym minimum 80% wartości wydatków w ramach grantu zostanie poniesiona na zakup środków wskazanych w Załączniku nr 2 do Regulaminu, a pozostałe 20% środków zostanie wydatkowane na zakupy artykułów niewymienionych w Załączniku nr 2, pod warunkiem, że zakupy te odpowiadają na pilne potrzeby wywołane przez COVID-19			
7. Okres realizacji Grantu nie jest wcześniejszy niż data publikacji Listy Rankingowej na stronie Grantodawcy i nie przekracza daty 31.10.2022r.			
8. Grant jest przeznaczony na pokrycie wydatków związanych z działaniami realizowanymi od dnia publikacji Listy Rankingowej na stronie Grantodawcy do zakończenia okresu realizacji Grantu tj. do			

31.10.2022 r., pod warunkiem przestrzegania zasad określonych w Regulaminie			
9. We wniosku o grant nie pojawiły się wydatki przeznaczone na zakup środków trwałych, których wartość początkowa jest wyższa niż 10 000 zł lub na cross-financing.			
<p>10. Wnioskodawca:</p> <p>a) złożył oświadczenie, że świadczy usługi opieki zdrowotnej <i>finansowane wyłącznie w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia,</i></p> <p>b) w przypadku, gdy prowadzi działalność finansowaną zarówno ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia jak i udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych, złożył oświadczenie, że spełnione są warunki określone w <i>Zawiadomieniu Komisji Europejskiej w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 2016/C 262/01 z dnia 19.07.2016),</i> a w konsekwencji zarówno w przypadku opisanym w punktach a) i b) środki przyznanego grantu nie będą stanowiły dla Wnioskodawcy pomocy państwa.</p> <p>c) złożył oświadczenie, że nie spełnia przesłanek opisanych w <i>Zawiadomieniu Komisji Europejskiej w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 2016/C 262/01 z dnia 19.07.2016),</i> a środki grantu będą stanowiły dla Wnioskodawcy pomoc de minimis.</p>			
POPRAWIONE OCZYWISTE OMYŁKI PISARSKIE LUB RACHUNKOWE			

WYNIKI OCENY FORMALNEJ		
Pozytywna ocena formalna		Skierowanie do dalszego etapu oceny
Negatywna ocena formalna		Odrzucenie Wniosku
		Skierowanie do uzupełnienia/ wyjaśnienia Termin złożenia uzupełnienia/ wyjaśnienia

Uzasadnienie nieprzekazania wniosku do oceny merytorycznej:

WYNIKI PONOWNEJ OCENY FORMALNEJ

Pozytywna ocena formalna

Skierowanie do dalszego etapu oceny

Negatywna ocena formalna

Odrzucenie Wniosku

Uzasadnienie nieprzekazania Wniosku do oceny merytorycznej:

Osoba oceniająca:

Osoba sprawdzająca:

.....

Podpis:

.....

Podpis:

Data:

Data: