

**Wniosek (wzór) o udzielenie dotacji celowej**  
w ramach Naboru wniosków dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, realizujących zadania  
w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi na terenie województwa śląskiego w 2023 roku – II edycja

<b>Wnioskodawca:</b>	
<b>Nazwa podmiotu leczniczego zgodna ze statutem, rejestrem i KRS</b>	
<b>Adres:</b>	
<b>Numer KRS:</b>	
<b>Dane osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu:</b>	
<b>Jednostka sektora finansów publicznych: (wskazać tak/nie)</b>	
<b>Nr rachunku bankowego, na który przekazana ma zostać dotacja:</b>	
<b>Cel dotacji i obszar działalności statutowej objęty planowanym procesem inwestycyjnym:</b>	
<b>Nazwa zadania:</b>	/Nazwa powinna jednoznacznie charakteryzować zadanie np.: modernizacja, przebudowa, rozbudowa, adaptacja, nadbudowa, budowa, zakup, pierwsze wyposażenie itp./
<b>Wnioskowana kwota dotacji:  (kwota w zaokrągleniu do pełnych złotych w dół)</b>	
<b>Miejsce wykonywania zadania: (nazwa, adres, oddział, poradnia, itp.)</b>	
<b>Oświadczenie dotyczące przeznaczenia dotacji:</b>	Oświadczam, że wnioskowana dotacja jest zgodna z działalnością statutową podmiotu  ..... Podpis Kierownika Podmiotu
<b>Potwierdzenie zgodności celu dotacji z planem strategicznym  (gdy nie jest wymagany, napisać nie dotyczy)</b>	Potwierdzam zgodność celu dotacji z planem strategicznym  ..... Podpis Kierownika Podmiotu
<b>Potwierdzenie zgodności celu dotacji z planem inwestycyjnym  (należy podać pozycję w planie inwestycyjnym, gdy nie jest wymagany, napisać nie dotyczy)</b>	Potwierdzam zgodność celu dotacji z planem inwestycyjnym  ..... Podpis Kierownika Podmiotu
<b>Opinia Rady Społecznej  (należy podać nr uchwały Rady Społecznej i datę jej podjęcia, gdy nie jest wymagana, napisać nie dotyczy)</b>	..... Podpis Kierownika Podmiotu
<b>Osoba wyznaczona do kontaktów w sprawie oferty - imię i nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, email</b>	

**I. Uzasadnienie przedsięwzięcia:**

**a) Szczegółowy zakres rzeczowy zadania.**

Wskazać należy miejsce realizacji zadania tj. **rodzaj placówki leczenia uzależnienia od alkoholu** (nazwa oddziału, poradni) i **dokładnie opisać zakres planowanego zadania**, w tym planowane do zakupu pierwsze wyposażenie, aparaturę i sprzęt medyczny **wraz z uzasadnieniem ich celowości**. Uzasadnienie planowanego do zakupu sprzętu, z uwagi na jego optymalne i racjonalne wykorzystanie, musi być po parte informacją o stanie aktualnie posiadanego lub nieposiadanego sprzętu podmiotu leczniczego, w tym specjalistycznej aparatury medycznej.

**b) Diagnoza i opis potrzeb podmiotu w zakresie, którego dotyczy przedsięwzięcie wraz z uzasadnieniem.**

Uzasadnić należy konieczność realizacji zadania, opisać celowość planowanego zadania oraz jego zgodność z **Programem przeciwdziałania uzależnieniom w województwie śląskim na lata 2022-2030**.

**c) Opis zakresu pomocy świadczonej przez podmiot na rzecz osób uzależnionych od alkoholu w oddziale/poradni będących przedmiotem wniosku**, wyrażający się w szczególności w liczbie łóżek i/lub liczbie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom uzależnionym i współuzależnionym, opis struktury organizacyjnej podmiotu zajmującej się omawianym obszarem (jakie oddziały, poradnie, etc.), w tym **wskazanie wykonywanych zadań i realizowanych świadczeń w zakresie opieki nad uzależnionymi od alkoholu** określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (t.j. Dz. U. z 2021 roku, poz. 1862), a także w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.).

**d) Opis kwalifikacji kadry zajmującej się osobami uzależnionymi od alkoholu i współuzależnionymi.**

**e) Opis stosowanych metod leczenia uzależnienia od alkoholu oraz programów terapeutycznych.**

**f) Beneficjenci, którzy skorzystają z realizacji zadania (charakterystyka, liczba).**

**g) Opis efektów oraz spodziewanych mierzalnych rezultatów przedsięwzięcia** (zakładane mierniki).

Uwzględnić należy opis oczekiwanych wyników i korzyści oraz określić wpływ realizacji zadania na poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu, ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych.

**h) Czy przedsięwzięcie jest kontynuacją zadań realizowanych w przeszłości, jeśli tak to jakich?**

--

i) **Czy przedsięwzięcie będzie kontynuowane w przyszłości?**

--

j) **Inne informacje, istotne dla właściwej oceny przedsięwzięcia, w tym dotyczące innych źródeł finansowania przedsięwzięcia.**

--

k) **Informacja o przygotowaniu podmiotu do realizacji zadania – czy posiadana dokumentacja techniczna pozwoli na sprawne przeprowadzenie inwestycji.**

--

l) **Oświadczenie kierownika placówki o planowanych źródłach finansowania inwestycji (z jakich źródeł finansowana jest inwestycja, czy pozyskuje się środki z innych źródeł niż budżet Województwa Śląskiego – montaż finansowy)<sup>1</sup>.**

--

m) **Załączona lista najważniejszych, /wg uznania wnioskodawcy/ urządzeń medycznych służących świadczeniu podobnych usług:**

Nazwa	Nr invent.	Data zakupu	Wart. początkowa	Wart. bieżąca

**II. Efekt ekonomiczny przedsięwzięcia:**

a) **Liczba usług świadczonych miesięcznie do tej pory, wysokość kontraktu – informacje należy podać z wyszczególnieniem usług, których dotyczy przedsięwzięcie.**

--

b) **Szacunkowa liczba usług realizowanych za pomocą nowego urządzenia, przychody z tego tytułu, koszty usług ogółem – personel, pomieszczenia, media, materiały.**

--

c) **Uzasadnienie przyjętej prognozy.**

--

<sup>1</sup> W związku z tym, że podmiot prowadzący działalność leczniczą ma prawo uzyskiwać na ten sam cel środki publiczne z różnych źródeł, należy ująć wszystkie kwoty przeznaczone na dane zadanie, a nie wyłącznie kwotę wnioskowanej dotacji.

- d) **Szczegółowe wyliczenie wysokości środków publicznych związanych z realizowanym zadaniem, zgodnie z zapisami art. 114 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.)<sup>2</sup>.**

--

**III. Harmonogram rzeczowo - finansowy zadania ze źródłami finansowania:**

Wypełnić 1 lub 2 albo 1 i 2 w zależności od planowanej inwestycji:

l.p.	Wyszczególnienie	Przewidywana kwota brutto w zł	Planowane terminy		Planowane źródła finansowania		
			rozpoczęcia	zakończenia	środki własne w zł	Inne środki w zł	środki Samorządu Województwa Śląskiego w pełnych zł
1	2	3*	4	5	6	7	8
1	<b>Zakupy - pierwsze wyposażenie ogółem w tym:</b> (wyszczególnić poniżej)						
2	<b>Razem</b>						

**IV. Załączniki do wniosku:**

**Wykaz posiadanej dokumentacji niezbędnej do realizacji zadania:**

- dokument potwierdzający prawo wnioskodawcy do korzystania z nieruchomości – obowiązkowo,
- wyciąg z planu inwestycyjnego (TAK/NIE),
- uchwała/opinia Rady Społecznej (TAK/NIE),
- orzeczenie techniczne aparatury i sprzętu medycznego przewidzianego do zastąpienia aparaturą i sprzętem będącym przedmiotem wniosku (TAK/NIE),
- ewentualne decyzje innych organów np. Państwowej Inspekcji Pracy, Urzędu Dozoru Technicznego, Sanepidu, Nadzoru Budowlanego, Konserwatora Ochrony Zabytków, Państwowej Straży Pożarnej (TAK/NIE),
- dokumentacja fotograficzna pomieszczeń/obiektów będących przedmiotem wniosku wraz ze szczegółowym opisem planowanych do wykonania prac - obowiązkowo.

**V. Lista inwestycji zrealizowanych przez podmiot sfinansowanych z budżetu Województwa Śląskiego w dziesięciu ostatnich latach z podaniem źródeł finansowania w obszarze działalności statutowej objętej wnioskiem:**

L.p.	Nazwa zadania	Koszt ogółem (zł)	Źródła finansowania		Wykonany zakres inwestycji
			Środki własne	Środki Samorządu Województwa Śląskiego	
1					
2					

<sup>2</sup> W związku z tym, że podmiot prowadzący działalność leczniczą ma prawo uzyskiwać na ten sam cel środki publiczne z różnych źródeł, obliczając parametr „W”, który jest stosowany przy określaniu górnego limitu dotacji ze środków publicznych, należy ująć wszystkie kwoty przeznaczone na dane zadanie, a nie wyłącznie kwotę wnioskowanej dotacji.

Data, pieczęć i podpis Kierownika Podmiotu

### Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 14 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach ul. Modelarska 10, kod pocztowy 40-142, e-mail: rops@rops-katowice.pl, tel. 32 730 68 68.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach ul. Modelarska 10, kod pocztowy 40-142 to: e-mail: iod@rops-katowice.pl, tel. 32 730 68 84.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu naboru i oceny wniosków o dofinansowanie zadań w ramach realizacji zadań w obszarze przeciwdziałania narkomanii oraz kontroli złożonych sprawozdań z realizacji w/w zadań, a także w celach archiwalnych.  
Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest art. 14 i art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) oraz art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
4. Pozyskano następujące kategorie danych osobowych: imię, nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, bankom, podmiotom zajmującym się archiwizacją, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Samorządu Województwa Śląskiego i BIP Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, na stronach internetowych Samorządu Województwa Śląskiego i Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego oraz na tablicy ogłoszeń Samorządu Województwa Śląskiego i Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z kategorią archiwalną BE5, tj. przez okres 5 lat liczony od 1 stycznia roku następującego po roku wytworzenia dokumentacji zawierającej te dane, a po jego upływie poddane zostaną ekspertyzie Archiwum Państwowego, które może nakazać ich wieczyste przechowywanie,
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia (przy uwzględnieniu ograniczeń z art. 17 ust. 3 RODO), prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu (wobec przetwarzania opartego o sprawowanie władzy publicznej powierzonej Administratorowi).
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
9. Źródłem pochodzenia Pani/Pana danych osobowych jest oferta złożona na podstawie art. 14 i art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego – profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień i nie pochodzą one ze źródeł publicznie dostępnych.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

Oświadczam, że .....  
(nazwa wnioskodawcy)  
przekazał w formie pisemnej powyższą informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, których dane zawarto w treści niniejszej oferty.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę)