

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 <i>Regulaminu</i> , 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. (I nabór) lub 31.12.2022r. (II nabór)			
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. (I nabór) lub 31.12.2022 r.			

(II nabór), 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.			
10. Wnioskodawca: a) złożył oświadczenie, że świadczy usługi opieki zdrowotnej finansowane wyłącznie w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia , 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. 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.			
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: