

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW**  
**DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE REALIZACJI PROJEKTU**  
**W RAMACH DZIAŁANIA 7.3 „INFRASTRUKTURA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA”**  
**(KONKURS POŚWIĘCONY WSPARCIU REGIONALNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH, KTÓRE REALIZUJĄ**  
**NA RZECZ OSÓB DOROSŁYCH STACJONARNE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE**  
**REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ DEDYKOWANEJ CHOROBYM UKŁADU**  
**KOSTNO-MIĘŚNIOWEGO) W RAMACH**  
**REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA**  
**ŚWIĘTOKRZYSKIEGO NA LATA 2014-2020**  
**KONKURS JEDNOETAPOWY**

**Część A:**

**Załączniki z części A są obligatoryjne dla Wnioskodawcy na dzień składania wniosku.**  
**Jeśli dany załącznik nie dotyczy Wnioskodawcy należy zaznaczyć opcję N/D.**

LP.	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	
1	Studium Wykonalności Inwestycji wraz z wersją elektroniczną (płyta CD/DVD)	TAK <input type="checkbox"/>
2	Szacunkowy kosztorys opracowany metodą uproszczoną/Dokument potwierdzający podstawę wyceny poszczególnych elementów	TAK <input type="checkbox"/>
3	Krajowy Rejestr Sądowy bądź inny dokument rejestrowy Wnioskodawcy wraz z umową spółki	TAK <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
4	Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
5	Upoważnienia i pełnomocnictwa osób/podmiotów upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy, innych niż wykazanych w dokumentach rejestrowych (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
6	Bilans za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości	TAK <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>

7	Rachunek zysków i strat za 3 ostatnie lata obrotowe (potwierdzony przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
8	Opinia Wojewody Świętokrzyskiego o Celowości Inwestycji <sup>1</sup>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9	Umowy/promesy umów o współpracy zawarte z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, które wiążą się z Oświadczeniem w sprawie współpracy instytucjonalnej, w tym związane m.in. z zapewnieniem opieki koordynowanej w zakresie zgodnym z zakresem wsparcia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
10	Program Restrukturyzacji (naprawczy, strategiczny, rozwoju) w części w jakiej wiąże się on z zakresem projektu (wyciąg z Programu) wraz z uchwałą podmiotu tworzącego w sprawie jego zatwierdzenia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
11	Umowa / umowy zawarte z uczelnią w sprawie udostępniania komórek i / lub jednostek organizacyjnych do realizacji zadań związanych z kształceniem przeddyplomowym i / lub podyplomowym w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
12	Oświadczenie w sprawie zakresu rzeczowego objętego projektem	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
13	Oświadczenie w sprawie posiadania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
14	Oświadczenie w sprawie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
15	Oświadczenie w sprawie dysponowania kadrą medyczną niezbędną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> W przypadku, gdy na etapie składania dokumentacji aplikacyjnej Wnioskodawca nie dysponuje Opinią o Celowości Inwestycji, Wnioskodawca składa wraz z wnioskiem potwierdzone wystąpienie w sprawie wydania OCI zaznaczając opcję „TAK”.

16	Oświadczenie w sprawie dysponowania infrastrukturą techniczną na potrzeby wyrobów medycznych objętych projektem	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
17	Oświadczenie w sprawie zasadności zakupu wybranych wyrobów medycznych	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
18	Oświadczenie w sprawie zgodności z zasadami koncepcji uniwersalnego projektowania	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
19	Oświadczenie w sprawie rozwoju opieki koordynowanej w zakresie objętym wsparciem	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
20	Oświadczenie w sprawie współpracy instytucjonalnej	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
21	Oświadczenie w sprawie programu restrukturyzacji	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
22	Oświadczenie w sprawie wykorzystania łóżek	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
23	Oświadczenie w sprawie efektywności finansowej podmiotu leczniczego	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
24	Oświadczenie w sprawie poprawy jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakresie objętym wsparciem	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
25	Oświadczenie w sprawie poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych realizowanych w warunkach dziennych i / lub ambulatoryjnych w zakresie objętym wsparciem.	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
26	Oświadczenie w sprawie zapewnienia kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej		
27	Oświadczenie w sprawie odsetka dorosłych pacjentów leczonych w oddziale objętym zakresem wsparcia, którzy do 6 miesięcy od przyjęcia zakończyli hospitalizację związaną z leczeniem choroby powodującej dysfunkcję narządu ruchu.	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
28	Oświadczenie w sprawie wpływu projektu na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym wsparciem	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
29	Oświadczenie w sprawie realizacji w zakresie objętym wsparciem działań, rozwiązań lub produktów innowacyjnych	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
30	Oświadczenie o wpisie do Programu Rewitalizacji (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
31	Oświadczenie w sprawie wykorzystania majątku objętego zakresem projektu w	TAK <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>

	celach gospodarczych	
32	Oświadczenie dotyczące świadomości skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji	TAK <input type="checkbox"/>
<p><b>Część B:</b>  Niniejsze dokumenty należy dostarczyć wraz z dokumentacją konkursową lub na co najmniej 30 dni kalendarzowych przed złożeniem pierwszego wniosku o płatność, w którym Beneficjent wnioskuje o płatność zaliczkową/refundacyjną, ale nie później niż do dnia wskazanego w umowie/decyzji (warunek rozwiązujący).</p> <p>Opcję „Tak” należy zaznaczyć, gdy Wnioskodawca posiada dany załącznik na dzień składania wniosku, opcję „Nie” należy zaznaczyć, gdy dany załącznik dotyczy Wnioskodawcy, ale nie posiada on go na dzień składania wniosku, opcję „nie dotyczy” należy zaznaczyć, gdy ze względu na specyfikę projektu, dany załącznik nie dotyczy Wnioskodawcy.</p>		
33	Dokumentacja związana z oceną oddziaływania na środowisko:	
a)	formularz do wniosku o dofinansowanie w zakresie oceny oddziaływania na środowisko (OOŚ)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
b)	deklaracja organu odpowiedzialnego za monitorowanie Obszarów NATURA 2000 (Dodatek 1 do Formularza OOŚ)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
c)	deklaracja właściwego organu odpowiedzialnego za gospodarkę wodną (Dodatek 2 do Formularza OOŚ)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
d)	tabela dotycząca przestrzegania przez aglomerację przepisów dyrektywy dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych (Dodatek 3 do Formularza OOŚ)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
e)	wniosek o wydanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach wraz z kartą informacyjną przedsięwzięcia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
f)	decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach wraz z dokumentem (informacją) potwierdzającym podanie do publicznej wiadomości informacji o wydanej decyzji	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
34	Kopia pozwolenia na budowę wraz z kopią wniosku o wydanie pozwolenia na budowę (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
35	Kopia zgłoszenia robót budowlanych, dla którego nie wniesiono sprzeciwu (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
36	Kosztorys inwestorski (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>
37	Oświadczenie o posiadanej dokumentacji technicznej (jeśli dotyczy)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/>

38	<b>Oświadczenie o prawie dysponowania nieruchomością na cele budowlane/Oświadczenie o prawie dysponowania nieruchomością na cele projektu</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
39	<b>Oświadczenie Beneficjenta i instytucji partycypujących finansowo w kosztach o posiadaniu środków niezbędnych do zrealizowania Projektu (w przypadku instytucji społecznych statut i odpowiednia uchwała organu stanowiącego) wraz z dokumentem potwierdzającym</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
40	<b>Oświadczenie o zagwarantowaniu świadczeń zdrowotnych objętych projektem w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
41	<b>Zaświadczenie o udzielaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych na podstawie umowy/umów zawartych z NFZ lub właściwą instytucją pełniącą funkcję płatnika</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>
42	<b>Inne niezbędne załączone dokumenty wymagane prawem lub kategorią projektu.</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	N/D <input type="checkbox"/>

*Inne niezbędne załączone dokumenty wymagane prawem lub kategorią projektu:*

Lp.	Nazwa dokumentu

**Dane osoby/osób przedkładających załączniki:**

<b>Instytucja</b>	
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Stanowisko</b>	
<b>Data</b>	
<b>Podpis i pieczęćka imienna</b>	