

#### Załącznik nr 4

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

### Karta Oceny Merytorycznej 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:	
Wnioskodawca:	
Dotyczy placówki:	
Typ placówki (publiczna/niepubliczna):	
Imię i nazwisko Oceniającego:	
Imię i nazwisko Sprawdzającego:	
<p><b>DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI</b></p> <p>Niniejszym oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- 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 Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego w Krakowie i wycofania się z oceny tego wniosku,</li> <li>- nie pozostaję z Wnioskodawcą/-ami w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności, w szczególności nie jestem współnikiem Wnioskodawcy 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</li> <li>- zobowiązuję się, że będę wypełniać moje obowiązki w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,</li> <li>- zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji,</li> </ul>	

- 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 MERYTORYCZNE OCENY WNIOSKU O GRANT

I. Kryterium: liczba deklaracji świadczeniobiorców dokonujących wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - suma deklaracji zweryfikowanych i potwierdzonych przez MOW NFZ wg stanu na dzień 31.01.2022 r. na świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ)	punkty	minimalna liczba pkt za kryterium	maksymalna liczba pkt za kryterium	punkty przyznane przez Komisję Oceny Wniosków
A. w przedziale od 1 do 1000	5	5	50	
B. w przedziale od 1001 do 10 000	10			
C. w przedziale od 10 001 do 30 000	20			
D. w przedziale od 30 001 do 50 000	30			
E. w przedziale od 50 001 do 100 000	40			
F. powyżej 100 000	50			
<b>Razem za kryterium I</b>				
II. Kryterium: zakres udzielanych świadczeń	punkty	minimalna liczba pkt za kryterium	maksymalna liczba pkt za kryterium	punkty przyznane przez Komisję Oceny Wniosków

podmioty udzielające świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna łącznie w 3 zakresach: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ	30			
podmioty udzielające świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna łącznie w 2 zakresach: świadczenia lekarza POZ i świadczenia pielęgniarki POZ lub świadczenia lekarza POZ i świadczenia położnej POZ	20	10	30	
podmioty udzielające świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wyłącznie w zakresie lekarza POZ	10			
<b>Razem za kryterium II</b>				
<b>Razem dla kryterium I i II</b>		minimalna liczba pkt za I i II kryterium	maksymalna liczba pkt za kryterium	punkty przyznane przez Komisję Oceny Wniosków
		<b>15</b>	<b>80</b>	
<b>POPRAWIONE OCZYWISTE OMYŁKI PISARSKIE LUB RACHUNKOWE</b>				
<b>Uwagi/propozycje dotyczące ocenianego Wniosku o grant</b>				

**Data i podpis Oceniającego:**

**Data i podpis Sprawdzającego:**