**Doplňující údaje k žádosti**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dotační program:** | Program na podporu provozování domácí hospicové péče |
| **Žadatel:** |  |
| **Název projektu:** |  |
| **Rok realizace projektu:** |  |

**Název služby (Forma, obor a druh zdravotní péče) včetně způsobu, jakým je služba zaregistrována:**

(doplňte vše podle platného oprávnění k poskytování zdravotních služeb)

**Cíl projektu:**

**Termín, způsob realizace a časový harmonogram:**

**Odůvodnění žádosti – popis projektu:**

(uveďte výčet a popis jednotlivých aktivit projektu, přínos projektu, okruh a počet osob, kterých se bude projekt týkat)

**Celkový rozpočet projektu v příslušném kalendářním roce (v Kč)**

(doplňte položkový rozpis nákladů na provoz služby na samostatné příloze žádosti a uveďte předpokládané příjmy, ze kterých bude financována)

**Spolupráce se zdravotnickými zařízeními (s poskytovateli zdravotních služeb) na území, ve kterém působíte:**

(uveďte výčet fakticky spolupracujících zařízení i s adresou s rozlišením, zda jde o dosavadní spolupráci či alespoň existující dohoda o spolupráci, případně její příslib. Lze použít i samostatnou přílohu. Zdravotnickým zařízením se rozumí i samostatný praktický nebo odborný lékař)

**Pokrytí území - územní rozsah domácí hospicové péče žadatele:**

(uveďte názvy obcí s rozšířenou působností, jejichž obvody pokrývá Vaše nabídka služeb a odhad počtu obyvatel kraje v těchto obcích)

**Složení multidisciplinárního týmu:**

(ve formuláři uveďte jednotlivé pozice v týmu. Do samostatné přílohy žádosti uveďte prokazatelné doklady, ze kterých vyplývá složení multidisciplinárního týmu a úvazky pracovníků, např. kopie uzavřených pracovních či jiných smluv. Popište, jak je zajištěna dostupnost jednotlivých členů týmu pro uživatele a systém výměny informací mezi nimi)

**Domácí** **hospicová péče v časovém rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu na území Karlovarského kraje:**

Čestně prohlašuji, že zařízení (název zařízení) …………………………………………………………

poskytuje služby domácí hospicové péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu na území Karlovarského kraje.

|  |  |
| --- | --- |
| Vlastnoruční podpis žadatele[[1]](#footnote-1),kterým je stvrzena správnost uvedených údajů | *titul, jméno a příjmení:* |
| *podpis:* |

1. Používá-li žadatel razítko, připojí též otisk razítka [↑](#footnote-ref-1)