Příloha č. 2

**Popis projektu - pobyty**

**PROGRAM RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ, TĚLOVÝCHOVY A SPORTU**

podprogram 3.1

**Podpora ozdravných a rekondičních pobytů**

**pro zdravotně/tělesně postižené**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Název projektu** |  |
| **2.** | **Žadatel (organizace)** |  |
| **3.** | **IČO** |  |
| **4.** | **Statutární zástupce organizace** |  |
| **5.** | **Osoba odpovědná za realizaci**  **kontakt** |  |
| **6.** | **Termín pobytu** |  |
| **7.** | **Počet pobytových dní**  *(první a poslední den pobytu se počítají za jeden den, stejně tak i víkendové pobyty)* |  |
| **8.** | **Místo pobytu**  *(lokalita, obec, případně ubytovací zařízení)* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Popis projektu** | | | | |
| **1.** | **Cíl projektu a jeho zaměření** | | *Obecný popis projektu, širší kontext.* | |
|  | | | | |
| **2.** | **Vazba projektu na další aktivity v území** | | *Informace o případných vazbách předkládaného projektu  na projekty  a) realizované žadatelem v minulosti,*  *b) projekty v jiných subjektů probíhajících v regionu současně s projektem předkládaným,*  *c) projekt je předkládán s výhledem přesahu do období budoucích,*  *d) projekt bez dalších vazeb.* | |
|  | | | | |
| **4.** | **Cílová skupina osob** | | *Definujte, jakého druhu zdravotního postižení se projekt v převážné míře týká. Specifikujte cílovou skupinu příjemců aktivit projektu z hlediska věku, handicapu, přínosu projektu pro jednotlivé příjemce atd.* | |
|  | | | | |
| druh zdravotního/tělesného onemocnění | | |  | |
| *Předpokládaný počet účastníků pobytu:* | | | | |
| 1. *Předpokládaný počet osob s****průkazem ZPT/P*** | | |  | |
| 1. *Předpokládaný počet osob s****průkazem ZTP*** | | |  | |
| 1. *Předpokládaný počet osob v dispenzární péči odborného zdravotnického zařízení –* ***zdravotně/tělesně postižení*** *(bez průkazu ZTP/P, ZTP)* | | |  | |
| *Celkem zdravotně postižení:* | | |  | |
| 1. *Předpokládaný počet* ***doprovodů ZTP/P*** | | |  | |
| 1. *Předpokládaný počet odborného a doprovodného* ***personálu*** *(výše nezahrnutý!)* | | |  | |
| *Předpokládaný počet* ***ostatních*** *účastníků pobytu (rodinní příslušníci bez zdravotního/tělesného postižení) bez nároku na příspěvek z DF LK* | | |  | |
| *Další* | | |  | |
| **5.** | **Předpokládané závazné výstupy projektu** | | *POZOR! Závazné výstupy musí být definované shodně s obecným formulářem žádosti o dotaci s možností podrobnějšího popisu a vysvětlení!* | |
| **DOPORUČENÍ: Závazné výstupy je nejvhodnější stanovit podle počtu účastníků pobytu a pobytových dní!**  Dotace ozdravných a rekondičních pobytů v příslušném roce je limitována níže uvedeným modelem:  a) maximálně ve výši 150,-Kč/osobu/den pobytu,  b) nejvýše celkem na 15 dnů pobytu v kalendářním roce pro téhož účastníka (první a poslední den příslušného pobytu se počítají za 1 den i u víkendových pobytů, dotace se vztahuje pouze na občany se zdravotním/tělesným postižením,  c) pro doprovod držitele průkazu ZTP/P maximálně však ve výši 75,-Kč/osobu/den. | | | | |
| *Parametr* | | *Měrná jednotka* | | *Hodnota parametru* |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Podrobný popis: | | | | |
| **6.** | **Program pobytu:** | | *Je zpracován program pobytu?  Charakterizujte jej a popište předpokládaný efekt pro účastníky pobytu.* | |
|  | | | | |
| 1. **Lékařsky garantovaný program:**   *(vyplnit v případě, že je zpracován)* | | | | |
| Jednoduše popište program a napište jméno garanta *(podrobný popis projektu, včetně případného podpisu lékařským garantem se dokládá v samostatné příloze)* | | |  | |
| 1. **Program bez garance lékařem:**   *(vyplnit v případě, že je zpracován)* | | | | |
| Jednoduše popište program *(podrobný popis projektu se dokládá v samostatné příloze)* | | |  | |
| 1. **Zdravotní dohled:**   *(vyplnit v případě, že bude na pobytu přítomen)* | | | | |
| Bude v průběhu pobytu zajištěn zdravotní dohled? *(popište v jakém rozsahu, odbornost, četnost prohlídek, …)* | | |  | |
| 1. **Zdravotní edukace:**   *(vyplnit v případě, že je na pobytu plánována)* | | | | |
| Je plánovaná zdravotní edukace účastníků?  *(popište v jakém rozsahu, odborná garance, četnost…)* | | |  | |
| 1. **Rehabilitace a cvičení:**   *(vyplnit v případě, že je na pobytu plánována)* | | | | |
| Je v rámci pobytu zahrnuta rehabilitace a cvičení?  Popište četnost a formy cvičení/rehabilitace, přítomnost školeného cvičitele a vedení v rehabilitaci.  *(podrobný plán cvičebních a rehabilitačních aktivit se dokládá v samostatné příloze)* | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Způsob financování projektu a předpokládané participující subjekty** | | |
| **1.** | **Rozpočet** | *POZOR! Definovat shodně s obecným formulářem žádosti!*  *Pro ucelený obraz hodnocení projektu je vhodné uvést i případné další zdroje financování projektu i ve formě předběžného příslibu.* |
| **Celkové způsobilé výdaje projektu** | |  |
| Požadovaná výše dotace  *(POZOR! Výši dotace je vhodné stanovit s ohledem na „maximální možný propočet dotace“ stanovený výzvou.)* | |  |
| Výše spoluúčasti | |  |
| Další zdroje financování projektu  (jiné granty a dotace jimiž by byl případně projekt podpořen) | |  |
| **2.** | **Struktura předpokládaných výdajů projektu** | *Rozepište předpokládanou kalkulaci výdajů pobytu  v rozlišení na (v Kč):* |
| Ubytování | |  |
| Stravování | |  |
| Cestovné a hromadná doprava | |  |
| Pojištění účastníků | |  |
| Nákup materiálu | |  |
| OON *(způsobilým výdajem jsou pouze DPP a DPČ)* | |  |
| Ostatní náklady | |  |
| **Celkem** *(součet jednotlivých položek musí být shodný s celkovými způsobilými výdaji projektu!)* | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Doplňující informace** | | |
| **1.** | **Doplňující popis projektu** | *Doplňující informace o projektu výše neuvedené deklarující jeho případnou nezbytnost a oprávněnost.* |
|  | | |
| **2.** | **Další přílohy** | *Soupis případných dalších dokladů předkládaných společně se žádostí o dotaci, které mohou mít vliv na hodnocení úrovně zpracování projektu.* |
|  | | |

**Prohlášení:** Prohlašuji, že uvedené informace jsou pravdivé

Datum:

…………………………………..

Podpis

statutárního zástupce žadatele

razítko organizace