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