|  |
| --- |
| **Instrukcja wypełniania Wniosku o objecie Przedsięwzięcia wsparciem,**  **realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności**  **w zakresie Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”,**  **Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”**  **dla działań realizowanych w zakresie Systemu zachęt[[1]](#footnote-1)** |

Przy wypełnianiu wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem za pośrednictwem CST2021, zaleca się stosowanie zapisów ogólnej instrukcji: <https://instrukcje.cst2021.gov.pl/?app=wod>

Wszystkie pola należy wypełnić zgodnie z jego opisem/nazwą.

W przypadku, gdy pole nie dotyczy Przedsięwzięcia lub Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”.

**UWAGA!**

**Przyjęte nazewnictwo w systemie CST2021 nie jest spójne z terminologią przyjętą dla Planu rozwojowego w ustawie o zasadach prowadzenia polityki rozwoju[[2]](#footnote-2). W rozumieniu wskazanej ustawy termin „projekt” stosowany w CST2021 oznacza „przedsięwzięcie”, natomiast „dofinansowanie” oznacza „objęcie wsparciem”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Informacje o projekcie**   **A1. Projekt** | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł projektu**  *Należy podać tytuł przedsięwzięcia* ***zgodnie ze wzorem*** *zawartym w Regulaminie wyboru przedsięwzięć do objęcia wparciem (dla działania, w ramach którego wnioskowane jest wsparcie).*  ***Uwaga: wzoru tytułu nie należy modyfikować, został ustalony jeden wzór tytułu dla wszystkich przedsięwzięć dla danego działania.***  *Dla Działania 5 :*  Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, Przedsięwzięcia w postaci finansowania mentoringu dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 1, rok 2025. | | | | | | | | | | | | |
| **Opis projektu**  *Należy przedstawić krótki opis przedsięwzięcia, wskazując jego Wnioskodawcę (podmiot odpowiedzialny za realizację przedsięwzięcia), zakres oraz cel przedsięwzięcia.*  *Należy potwierdzić, iż Wnioskodawca ubiega się o wsparcie z zakresu Systemu zachęt w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”,*  *Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”.*  *Należy także potwierdzić, że cel przedsięwzięcia jest zgodny z celem Inwestycji D2.1.1, określonym w planie rozwojowym (KPO) tj. „Zwiększenie liczby personelu medycznego (pielęgniarek, lekarzy, innych)” oraz*  *z celem szczegółowym Komponentu D, tj. D2 „Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych”.* | | | | | | | | | | | | |
| **Data rozpoczęcia realizacji projektu**  RRRR-MM-DD  *Należy uzupełnić na postawie paragrafu pn. Kwalifikowalność wydatków - Regulaminu wyboru przedsięwzięć do objęcia wsparciem (zgodnie z zakresem działania, w ramach którego wnioskowane jest wsparcie). 2025-06-01* | | | | | **Data zakończenia realizacji projektu**  RRRR-MM-DD  *Należy uzupełnić na postawie paragrafu pn. Kwalifikowalność wydatków - Regulaminu wyboru przedsięwzięć do objęcia wsparciem (zgodnie z zakresem działania, w ramach którego wnioskowane jest wsparcie). 2026-06-30* | | | | | | | |
| **Grupy docelowe**  *Należy wskazać grupę absolwentów, dla których wnioskowane jest objęcie wsparciem określając działanie Systemu zachęt (Działanie 5), a także rok ukończenia i kierunek studiów I stopnia.*  *Przykład:*  *absolwenci kierunków objętych wsparciem w ramach Działania 5, którzy ukończyli studia I stopnia w roku 2024 oraz 2025* | | | | | | | | | | | | |
| **Dziedzina projektu**  *Należy wybrać właściwą dziedzinę określającą, jakiej działalności dotyczy przedsięwzięcie.*  *Wnioskodawcy w naborach utworzonych przez Ministerstwo Zdrowia wybierają „KPOD Infrastruktura ochrony zdrowia”.* | | | | | | | | | | | | |
| **Obszar realizacji projektu**  *Należy wybrać „Region”.*  Cały kraj Region | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informacje o projekcie**   **A2. Miejsca realizacji**  Pole do wypełnienia pojawia się tylko w przypadku wyboru „Region” w polu: Obszar realizacji projektu.  *Należy wskazać rzeczywiste miejsce realizacji projektu - region, w którym działa podmiot leczniczy.* | | | | | | | | | | | | |
| **Województwo** | | | | | **Powiat** | | | | **Gmina** | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
| 1. **Wnioskodawcy i realizatorzy**   **B1. Informacja o Wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | |
| **Dane o Wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa**  *Należy podać pełną nazwę Wnioskodawcy.* | | | | | | | | | | | | |
| **Forma prawna**  Pole obowiązkowe.  *Należy wybrać z listy rozwijalnej.* | | | | | **Wielkość przedsiębiorstwa**  *Należy wybrać „Nie dotyczy”.* | | | | | | | |
| **Forma własności**  *Należy wybrać z listy rozwijalnej.* | | | | | **Możliwość odzyskania VAT[[3]](#footnote-3)**  Tak Nie Częściowo Nie dotyczy  *W przypadku każdego przedsięwzięcia w ramach KPO należy wpisać „Nie dotyczy”.*  *VAT w KPO stanowi wydatek niekwalifikowalny, możliwość odliczenia/odzyskania VAT nie wpływa tym samym na kwalifikowalność VAT w jakimkolwiek zakresie.* | | | | | | | |
| **Dane teleadresowe** | | | | | | | | | | | | |
| **Kraj**  Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | **Miejscowość**  Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | **Ulica**  Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | | | |
| **Numer budynku**  Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | **Numer lokalu**  Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | | | |
| **Email**  Pole obowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | **Telefon**  Pole nieobowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | | | | |
| **Strona www**  Pole nieobowiązkowe.  *Należy uzupełnić.* | | | | |  | | | | | | | |
| **Dane identyfikacyjne** | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj identyfikatora**  NIP Pesel Numer zagraniczny  *Należy wybrać numer NIP.* | | | | | **Identyfikator**  *Należy uzupełnić i podać numer NIP.* | | | | | | | |
| **Czy wnioskodawca przewiduje udział innych podmiotów w realizacji projektu**  Należy zaznaczyć „Nie”.  Tak Nie | | | | | | | | | | | | |
| **B. Wnioskodawcy i realizatorzy**  **B2. Dodatkowi realizatorzy** | | | | | | | | | | | | |
| **Dane realizatora**  Pole do wypełnienia pojawia się tylko w przypadku wyboru „Tak” w polu: Czy Wnioskodawca przewiduje udział innych podmiotów w realizacji projektu.  *Należy pozostawić bez uzupełnienia.* | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa** | | | | | | | | | | | | |
| **Forma prawna** | | | | | | **Wielkość przedsiębiorstwa** | | | | | | |
| **Forma własności** | | | | | | **Możliwość odzyskania VAT[[4]](#footnote-4)**  Tak Nie Częściowo Nie dotyczy | | | | | | |
| **Dane teleadresowe** | | | | | | | | | | | | |
| **Kraj** | | | | | | **Miejscowość** | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | | | | | | **Ulica** | | | | | | |
| **Numer budynku** | | | | | | **Numer lokalu** | | | | | | |
| **Email** | | | | | | **Telefon** | | | | | | |
| **Strona www** | | | | | |  | | | | | | |
| **Dane identyfikacyjne** | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj identyfikatora**  NIP Pesel Numer zagraniczny | | | | | **Identyfikator** | | | | | | | |
| **Osoby do kontaktu** | | | | | | | | | | | | |
| **Imię**  Pole obowiązkowe | | | **Nazwisko**  Pole obowiązkowe | | | **Email**  Pole obowiązkowe | | | | | **Numer telefonu**  Pole obowiązkowe | |
| *Należy uzupełnić.* | | | *Należy uzupełnić.* | | | *Należy uzupełnić.* | | | | | *Należy uzupełnić.* | |
| 1. **Wskaźniki projektu**   **C1. Wskaźnik produktu** | | | | | | | | | | | | |
| *Dla przedsięwzięcia realizowanego w ramach Działania 5 Systemu zachęt nie występują wskaźniki produktu.*  *Należy pozostawić bez uzupełnienia.* | | | | | | | | | | | | |
| **C. Wskaźniki projektu**  **C2. Wskaźnik rezultatu** | | | | | | | | | | | | |
| *Należy wybrać 3 wskaźniki rezultatu dla przedsięwzięcia realizowanego w ramach Działania 5 Systemu zachęt.*  *Każdy wskaźnik potwierdza, że przedsięwzięcie jest zgodne planem rozwojowym (KPO) oraz realizuje cele określone w dokumentacji KPO i decyzji implementacyjnej.*  ***Dla każdego wskaźnika należy określić wartość ogólną wskaźników (bazową i docelową – bez podziału na płeć).***  Wskaźniki rezultatu właściwe dla Działania 5 realizowanych w ramach Systemu zachęt:   * **WLWK-KPOD010** - Liczba uczestników biorących udział w kształceniu lub szkoleniu, (wskaźnik obowiązkowy); * **WLWK-KPOD014** - Liczba młodych ludzi w wieku 15–29 lat otrzymujących wsparcie, (wskaźnik obowiązkowy); * **D30G.R4**. - Liczba absolwentów otrzymujących wsparcie w ramach „Systemu zachęt do podejmowania i kontynuacji studiów na wybranych kierunkach medycznych poprzez stypendia, finansowanie studiów i opiekę mentorską”, **w formie opieki mentorskiej (wskaźnik dodatkowy)**   *Realizacja wskaźników rezultatu potwierdza, że przedsięwzięcie ma pozytywny i bezpośredni wpływ na cele określone w planie rozwojowym.* | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.**  Nr wskaźnika | **Wskaźnik realizacji projektu**  *Należy wybrać z listy.* | | | | **Jednostka pomiaru**  *Osoby - Należy wybrać z listy rozwijalnej.* | | | | | | | **Podział na płeć**  Tak Nie  *Należy zaznaczyć Nie.* |
| **Wartość bazowa wskaźnika** | | | | | **Typ wskaźnika** | | | | | | | |
| **Ogółem** | | | | | **Kobiety** | | **Mężczyźni** | | | Wybór własny: obowiązkowy/dodatkowy/własny | | |
| *Należy wpisać 0.* | | | | | *Należy pozostawić bez uzupełnienia.* | | *Należy pozostawić bez uzupełnienia.* | | |
| **Wartość docelowa wskaźnika** | | | | |  | | | | | | | |
| **Ogółem** | | | | | **Kobiety** | | **Mężczyźni** | | |  | | |
| *Należy określić docelową wartość ogólną wskaźników bez podziału na płeć.*  ***Dla Wskaźników:***  ***- WLWK-KPOD010*** *Liczba uczestników biorących udział w kształceniu lub szkoleniu,*  ***- D30G.R4****. - Liczba absolwentów otrzymujących wsparcie w ramach „Systemu zachęt do podejmowania i kontynuacji studiów na wybranych kierunkach medycznych poprzez stypendia, finansowanie studiów i opiekę mentorską”,* ***w formie opieki mentorskiej****,*  *Należy podać liczbę absolwentów zgłaszanych do objęcia wsparciem.*  ***Dla Wskaźnika:***  ***WLWK-KPOD014*** *- Liczba młodych ludzi w wieku 15–29 lat otrzymujących wsparcie,*  *Należy podać szacowaną liczbę absolwentów w podanym przedziale wiekowym, którzy otrzymają wsparcie - nie większą niż wartość wskazaną w wskaźniku* ***WLWK-KPOD010*** *Liczba uczestników biorących udział w kształceniu lub szkoleniu.* | | | | | *Należy pozostawić bez uzupełnienia.* | | *Należy pozostawić bez uzupełnienia.* | | |
| **Sposób pomiaru wskaźnika**  *Należy uzupełnić, wpisując odpowiednio:*  *„Na podstawie liczby osób, które otrzymały w podmiocie leczniczym Wnioskodawcy wsparcie w ramach Edycji 1 Działania systemu zachęt (Działanie 5)”.* | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zadanie**   **D1. Zadania** | | | | | | | | | | | | |
| *Przedsięwzięcie wnioskowane do objęcia wsparciem w ramach Systemu zachęt stanowi jedno zadanie, które realizowane będzie w terminie kwalifikowalności wydatków tj.: 01.06.2025 r. do 30.06.2026 r.* | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.**  Nr zadania | | **Data rozpoczęcia**  *Data rozpoczęcia realizacji zadania nie może być wcześniejsza od daty rozpoczęcia przedsięwzięcia wskazanej w sekcji A.* | | | | | | **Data zakończenia**  *Data zakończenia realizacji zadania nie może być późniejsza od daty zakończenia przedsięwzięcia wskazanej w sekcji A.* | | | | |
| **Koszty pośrednie**  *Należy wybrać „Nie”.*  *W ramach przedsięwzięć realizowanych w zakresie Działań Systemu zachęt nie występują koszty pośrednie.*  Tak Nie | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa zadania**  *Należy odpowiednio nazwać zadanie dla Działania 5, w ramach którego wnioskowane jest wsparcie.*  *Przykład:*  *Udzielenie wsparcia w postaci opieki mentorskiej dla absolwentów kierunku ….. (określić kierunki ukończonych studiów)* | | | | | | | | | | | | |
| **Opis i uzasadnienia zadania**  *Należy opisać i uzasadnić celowość realizacji zadania oraz wskazać indywidualne kwoty dodatkowego wynagrodzenia określone dla każdego mentora.*  *Przykład:*  *Zadanie polega na udzieleniu wsparcia w postaci objęcia mentoringiem absolwentów studiów I stopnia kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne, rozpoczynających pracę w zawodzie. Wsparcie udzielane jest w ramach Działania 5 Systemu zachęt. Zadanie dotyczy wsparcia, które będzie realizowane przez okres następujących po sobie 9 miesięcy,*  *Informacje o indywidualnych kwotach dla każdego mentora należy przekazać jako dodatkowy załącznik do wniosku.*  *Zgodnie z uchwałą Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. wynagrodzenie dla mentora zostało wyznaczone na kwotę 1275 zł brutto.*  *Kwota 1536 zł brutto brutto jest maksymalną kwotą dofinasowania uwzgledniającą składki płacone przez pracodawcę.* | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Budżet projektu**   **E1. Zadania** | | | | | | | | | | | | |
| *Należy utworzyć jedną pozycję budżetu dla zadania z sekcji D1.*  *Sposób obliczenia kwoty dla zadania:*  *Proszę policzyć wartość dofinansowania dla każdego zgłoszonego mentora.*  *Kwotę wsparcia dla poszczególnego mentora należy określić jako sumę miesięcznego wsparcia brutto brutto nie większą niż 1536 zł*  *x 9 miesięcy.*  *Następnie proszę zsumować wartości określone dla wszystkich zgłaszanych mentorów.*  *Uwaga!*  *Kwota wydatków kwalifikowalnych = Kwota wydatków ogółem = Kwota dofinansowania* | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.**  **1** | | **Nazwa zdania**  *Nazywa zadnia zostanie wypełniona automatycznie na podstawie danych z D1.* | | | **Wydatki ogółem**  *Pozycja zostanie uzupełniona automatycznie po wypełnieniu danych dla zadania, w tym celu należy wybrać „Dodaj pozycję”.* | | | **Wydatki kwalifikowane**  *Pozycja zostanie uzupełniona automatycznie po wypełnieniu danych dla zadania, w tym celu należy wybrać „Dodaj pozycję”.* | | | | **Dofinasowanie**  *Pozycja zostanie uzupełniona automatycznie po wypełnieniu danych dla zadania, w tym celu należy wybrać „Dodaj pozycję”.* |
| **Pozycje budżetu zadania** | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.**  **1.1** | | | | **Uproszczona metoda rozliczania kosztów**  *Należy zaznaczyć „Nie”.* | | | | | **Nazwa kosztu**  *Należy wpisać nazwę kosztu, zgodnie z poniższym.*  *Nazwa kosztu to:*  *Dla Działania 5:*  *finansowanie dodatkowego wynagrodzenia dla mentora za objęcie mentoringiem absolwentów studiów I stopnia kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne rozpoczynających pracę w zawodzie.* | | | |
| **Rodzaj ryczałtu**  Pole nieaktywne. | | | **Stawka ryczałtowa**  Pole nieaktywne. | | | **Wysokość stawek**  Pole nieaktywne. | | | | | **Ilość stawek**  Pole nieaktywne. | |
| **Kategoria kosztu**  *Należy wybrać: Wsparcie finansowe udzielone grantobiorcom i uczestnikom projektu.* | | | **Wartość ogółem**  *Należy wypełnić.*  *W ramach działań realizowanych z zakresu Systemu zachęt:*  *Wydatki ogółem = wydatki kwalifikowane = Dofinansowanie.* | | **Wydatki kwalifikowalne**  *Należy wypełnić.* | | | | | | **Dofinansowanie**  *Należy wypełnić.* | |
| **Limity**  Pole nieaktywne. | | | | | **Realizator**  Pole uzupełniane automatycznie przez system. | | | | | | | |
| **E. 2 Wskaźniki dla kwot ryczałtowych** | | | | | | | | | | | | |
| **Lp. zadania**  Pole nieaktywne. | | | **Lp. pozycji**  Pole nieaktywne. | | | **Nazwa wskaźnika**  Pole nieaktywne. | | | | | **Wartość wskaźnika**  Pole nieaktywne. | |
| **F. Podsumowanie budżetu**  **F1. Podsumowanie budżetu**  Część jest uzupełniana automatycznie na podstawie danych zebranych z "E. Budżet projektu". | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Wydatki ogółem** | | **Wydatki kwalifikowalne** | | | | | | **Dofinansowanie** | |
| **Razem w projekcie** | | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 0,00 | |
| **Razem koszty rzeczywiste** | | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 0,00 | |
| **Razem ryczałt** | | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 0,00 | |
| **Koszty bezpośrednie – Razem** | | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 0,00 | |
| **Koszty bezpośrednie – Udział** | | | 0,00% | | 0,00% | | | | | | 0,00% | |
| **Koszty pośrednie - razem** | | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 0,00 | |
| **Koszty pośrednie - udział** | | | 0,00% | | 0,00% | | | | | | 0,00% | |
| **F2. Kategorie kosztów**  Część jest uzupełniana automatycznie na podstawie danych zebranych z "E. Budżet projektu". | | | | | | | | | | | | |
| **F3. Limity**  Część jest uzupełniana automatycznie na podstawie danych zebranych z "E. Budżet projektu" – jeśli dotyczy. | | | | | | | | | | | | |
| **G. Źródła finansowania**  *Należy uzupełnić.* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **Wydatki ogółem** | | | | | | **Wydatki kwalifikowalne** | | |
| **Dofinansowanie** | | | | *Należy uzupełnić* | | | | | | *Należy uzupełnić* | | |
| **Razem wkład własny** | | | | 0,00 | | | | | | 0,00 | | |
| **Budżet państwa** | | | | 0,00 | | | | | | 0,00 | | |
| **Budżet jednostek samorządu terytorialnego** | | | | 0,00 | | | | | | 0,00 | | |
| **Inne publiczne** | | | | 0,00 | | | | | | 0,00 | | |
| **Prywatne** | | | | 0,00 | | | | | | 0,00 | | |
| **Suma** | | | | Pole uzupełniane przez system | | | | | | Pole uzupełniane przez system | | |
| **H. Analiza ryzyka**  **H1. Potencjał do realizacji projektu** | | | | | | | | | | | | |
| **Doświadczenie**  *Należy opisać doświadczenia Wnioskodawcy w realizacji podobnych przedsięwzięć/projektów/działań.* | | | | | | | | | | | | |
| **Opis sposobu zarządzania projektem**  *Należy opisać sposób zarządzania przedsięwzięciem w obszarach: nadzór realizacyjny, obsługa administracyjna oraz finansowo-księgowa. Należy także potwierdzić, ze Wnioskodawca posiada odpowiednie zasoby ludzkie do obsługi przedsięwzięcia.* | | | | | | | | | | | | |
| **Opis wkładu rzeczowego**  *Należy wpisać „Nie dotyczy”.* | | | | | | | | | | | | |
| **Opis własnych środków finansowych**  *Należy wpisać „Nie dotyczy”.* | | | | | | | | | | | | |
| **H2. Analiza ryzyka w projekcie**  *Należy przeprowadzić analizę ryzyka dla przedsięwzięcia zgłaszanego do objęcia wparciem.* | | | | | | | | | | | | |
| **Lista ryzyka**  *Należy przeprowadzić analizę ryzyka w odniesieniu do przedsięwzięcia i opisać zgodnie z poniższym.* | | | | | | | | | | | | |
| **Opis zidentyfikowanego ryzyka**  *Należy opisać zidentyfikowane ryzyka, które mogą uniemożliwić realizację przedsięwzięcia.* | | | | | | | | | | | | |
| **Prawdopodobieństwo wystąpienia**  *Należy wybrać z listy rozwijalnej: bardzo małe, małe, średnie, duże, bardzo duże.* | | | | | | | | | | | | |
| **Skutek wystąpienia**  *Należy wybrać z listy rozwijalnej:*  *nieosiągnięcie zakładanych celów przedsięwzięcia, opóźnienie realizacji przedsięwzięcia, zwiększenie kosztów realizacji przedsięwzięcia, realizacja przedsięwzięcia niezgodnie z założeniami, brak możliwości realizacji przedsięwzięcia, konieczność wprowadzenia zmian w przedsięwzięciu, inny skutek.* | | | | | | | | | | | | |
| **Mechanizm zapobiegania**    *Należy opisać mechanizmy kontrolne i zapobiegawcze.* | | | | | | | | | | | | |
| **I. Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | | |
| **I.1** **Zgodność z planem rozwojowym**   * Przedsięwzięcie jest zgodne z rodzajem przedsięwzięć przewidzianym w opisie właściwego komponentu Planu   rozwojowego,   * Nie przekroczono pułapu maksymalnego poziomu finansowania dla danego typu przedsięwzięcia, * Ostateczny odbiorca składający wniosek o objęcie wsparciem jest uprawniony do ubiegania się o przyznanie dofinansowania   i nie jest wykluczony z dofinansowania na podstawie art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych  (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 wraz z późn. zm.) (oświadczenie ostatecznego odbiorcy składającego wniosek o objęcie  wsparciem).  *Należy wybrać i zaznaczyć właściwe (tj. wymagane ze względu na przedmiotowe kryterium) opcje dla zgłaszanego do objęcia wsparciem przedsięwzięcia.*  *Przedsięwzięcie jest zgodne z rodzajem przedsięwzięć w opisie właściwego komponentu tj. Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”.*  *Dla spełnienia przedmiotowego kryterium wymagane jest potwierdzenie dla każdej z opcji.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 2 - Zgodność z planem rozwojowym.* | | | | | | | | | | | | |
| **I.2 Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn**   * Przedsięwzięcie jest zgodne z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn; * Przedsięwzięcie jest neutralne w stosunku do zasady równości szans i niedyskryminacji oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn. W przypadku wybrania tej opcji, należy wypełnić punkt I.2a; * Przedsięwzięcie zapewnia dostępność produktów przedsięwzięcia dla osób z niepełnosprawnościami; * Przedsięwzięcie jest neutralne ze względu na zapewnienie dostępności produktów przedsięwzięcia dla osób z niepełnosprawnościami. W przypadku wybrania tej opcji, należy wypełnić punkt I.2b.   *Należy wybrać i zaznaczyć właściwie (tj. wymagane ze względu na przedmiotowe kryterium) opcje dla przedsięwzięcia zgłaszanego do objęcia wsparciem.*  *Sprawdzana jest zgodność przedsięwzięcia z horyzontalnymi zasadami niedyskryminacji i równości szans ze względu na płeć. W szczególności przedmiotem sprawdzenia jest czy przedsięwzięcie nie ogranicza równego dostępu do zasobów (towarów, usług, infrastruktury) ze względu na płeć, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię lub przekonania, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. Niedyskryminacyjny charakter przedsięwzięcia oznacza konieczność stosowania zasady uniwersalnego projektowania i racjonalnych usprawnień zapewniających dostępność oraz możliwości korzystania ze wspieranej infrastruktury, w szczególności poprzez zastosowanie Standardów dostępności dla polityki spójności na lata 2021-2027.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 5 - Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn.* | | | | | | | | | | | | |
| **I.2a Uzasadnienie w przypadku wskazania w punkcie I.2 neutralności w stosunku do zasady równości szans i niedyskryminacji oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn**  *Należy wpisać „Nie dotyczy” lub uzasadnić w przypadku wyboru w punkcie I.2: przedsięwzięcie jest neutralne w stosunku do zasady równości szans i niedyskryminacji oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.*  *W wyjątkowych sytuacjach dopuszczalne jest uznanie neutralności przedsięwzięcia w stosunku do zasady równości szans kobiet i mężczyzn, o ile ostateczny odbiorca wskaże szczegółowe uzasadnienie, dlaczego dane przedsięwzięcie nie jest w stanie zrealizować jakichkolwiek działań w tym zakresie.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 5 - Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn.* | | | | | | | | | | | | |
| **I.2b Uzasadnienie w przypadku wskazania w punkcie I.2 neutralności ze względu na zapewnienie dostępności produktów przedsięwzięcia dla osób z niepełnosprawnościami**  *Należy wpisać „Nie dotyczy” lub uzasadnić w przypadku wyboru w I.2: przedsięwzięcie jest neutralne ze względu na zapewnienie dostępności produktów przedsięwzięcia dla osób z niepełnosprawnościami.*  *W wyjątkowych sytuacjach dopuszczalne jest uznanie neutralności produktu przedsięwzięcia w stosunku do niniejszej zasady, o ile ostateczny odbiorca wskaże szczegółowe uzasadnienie, dlaczego dany produkt przedsięwzięcia nie jest w stanie zrealizować jakichkolwiek działań w tym zakresie.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 5 - Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn.* | | | | | | | | | | | | |
| **I.3 Deklaracja dostępności**   * Realizacja przedsięwzięcia będzie uwzględniała standardy dostępności dla polityki spójności 2021-2027; * Realizacja przedsięwzięcia nie będzie uwzględniała standardów dostępności dla polityki spójności 2021-2027.   *Należy wybrać i zaznaczyć właściwą opcję dla zgłaszanego do objęcia wsparciem przedsięwzięcia.*  *Dbając o szerokie wdrożenie do praktyki reguł wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024r. poz. 1411), do której stosowania zobligowane są wszystkie podmioty publiczne w Polsce, a także do upowszechnienia wypracowanych w ciągu ostatnich lat standardów dostępności dla konkretnych obszarów tematycznych (np. architektura, transport) lub typów podmiotów (np. instytucje kultury, szkoły, placówki ochrony zdrowia), MFiPR wprowadziło obowiązek ich stosowania przy wydatkowaniu środków z funduszy europejskich.*  *Podmioty realizujące inwestycje ujęte w KPO powinny zapewnić ich zgodność ze standardami dostępności.*  *Dokument zawierający najbardziej aktualną wersję standardów, które powinny być stosowane przy realizacji KPO stanowi zał. nr 2 do Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027.*  *Link:* [*https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/116351/Zal\_nr\_2\_1704.docx*](https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/116351/Zal_nr_2_1704.docx) | | | | | | | | | | | | |
| **I.4 Kwalifikowalność VAT**   * VAT nie jest wydatkiem kwalifikowalnym; * VAT jest wydatkiem kwalifikowalnym.   *Należy wybrać i zaznaczyć właściwą opcję dla przedsięwzięcia zgłaszanego do objęcia wsparciem.*  *VAT nie jest wydatkiem kwalifikowalnym i nie może być finansowany ze środków RRF w ramach żadnej z inwestycji/przedsięwzięcia.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 6 – Właściwie określone wydatki kwalifikowalne.* | | | | | | | | | | | | |
| **I. 5**  **Adekwatność i racjonalność wydatków planowanych do poniesienia w ramach przedsięwzięcia**   * Koszty przedsięwzięcia finansowane w ramach Planu rozwojowego są powiązane z realizacją prac stanowiących integralną   część inwestycji i służą zapewnieniu osiągnięcia jej celów;   * Koszty przedsięwzięcia finansowane w ramach Planu rozwojowego nie są powiązane z realizacją prac stanowiących   integralną część inwestycji i nie służą zapewnieniu osiągnięcia jej celów.  *Należy wybrać i zaznaczyć właściwą opcję dla przedsięwzięcia zgłaszanego do objęcia wsparciem.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 6 – Właściwie określone wydatki kwalifikowalne.* | | | | | | | | | | | | |
| **I. 6 Sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy i wykonalność finansowa przedsięwzięcia**  *Należy wpisać: „Nie dotyczy”.*  *Uzasadnienie:*  *Instytucja odpowiedzialna za realizację inwestycji (IOI) nie zakłada weryfikacji sytuacji finansowej w oparciu o dokumenty finansowe. Weryfikacja taka jest niezasadna w związku z charakterem podmiotów będących ostatecznymi odbiorcami wparcia (OOW) - (podmioty lecznicze), charakterem przedsięwzięcia polegającego na objęciu wsparciem w postaci mentoringu oraz ze względu na Grupę docelową wsparcia (absolwenci otrzymujący mentoring).*  *Dotyczy kryterium horyzontalnego 7 - Sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy i wykonalność finansowa przedsięwzięcia.* | | | | | | | | | | | | |
| **I. 7 Pomoc publiczna oraz pomoc de minimis**  *Należy wpisać: „Nie dotyczy”.*  *Uzasadnienie:*  *Przedsięwzięcie nie będzie stanowiło pomocy publicznej w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE. Grupa docelową wsparcia, tj. rzeczywistymi odbiorcami wsparcia w ramach Działania 5 są absolwenci wybranych kierunków medycznych, zatrudnieni w podmiotach leczniczych. Środki wypłacane dla danego ostatecznego odbiorcy wsparcia (podmiotu leczniczego) w całości są przekazywane jako dodatek do wynagrodzenia dla jego pracowników za podjęcie się mentoringu na rzecz zatrudnionych absolwentów.*  *Zatem, przekazywane dla ostatecznych odbiorców wsparcia środki w żaden sposób nie stanowią wsparcia finansowego dla ostatecznego odbiorcy wsparcia. Ponadto, środki przekazywane w ramach Działania 5 (ze względu na ich cel) w 100% lokowane są w obszarze działalności niegospodarczej podmiotu leczniczego, co stanowi przesłankę do nieuznania ich za pomoc publiczną.*  *Dotyczy kryterium horyzontalnego 8 - Pomoc publiczna oraz pomoc de minimis.* | | | | | | | | | | | | |
| **I. 8 Zgodność z zasadą „niewyrządzania znaczącej szkody środowisku” (DNSH – „do no significant harm”)**  *Należy wpisać: „Nie dotyczy”.*  *Uzasadnienie:*  *Grupa docelową wsparcia, tj. rzeczywistymi odbiorcami wsparcia w ramach Działania 5 są absolwenci wybranych kierunków medycznych. Środki wypłacane dla danego ostatecznego odbiorcy wsparcia w całości są przekazywane na pokrycie wynagrodzenia dla mentorów, którzy w ramach umowy świadczą mentoring dla rzeczywistych odbiorców wsparcia.*  *W oparciu o analizę Rozporządzenia RRF oraz Wytycznych technicznych dotyczących stosowania zasady „niewyrządzania znaczącej szkody środowisku” na podstawie rozporządzenia ustanawiającego Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności, wsparcie przewidziane w Działaniu 5 Systemu zachęt nie spowoduje znaczącej szkody dla celów środowiskowych w rozumieniu art. 17 Rozporządzenia (UE) 2020/852. Dotyczy kryterium horyzontalnego 9 - Zgodność z zasadą „niewyrządzania znaczącej szkody środowisku” (DNSH – „do no significant harm”).* | | | | | | | | | | | | |
| **I. 9 Zgodność z zasadą zrównoważonego rozwoju - racjonalne wykorzystywanie zasobów naturalnych**  *Należy wpisać: „Nie dotyczy”.*  *Uzasadnienie:*  *Wsparcie realizowane w ramach Działania 5 dotyczy obszaru przedmiotowo niezwiązanego z zakresem, który objęty jest przez dane kryterium, tj. z wymienionymi w ramach kryterium działaniami ostatecznego odbiorcy wsparcia ukierunkowanymi na zgodność z Zasadą zrównoważonego rozwoju.*  *Dotyczy kryterium horyzontalnego 10 - Zgodność z zasadą Zrównoważonego rozwoju - racjonalne wykorzystywanie zasobów naturalnych.* | | | | | | | | | | | | |
| **I.10 Zachowanie zgodności z zasadą długotrwałego wpływu przedsięwzięcia na wydajność i odporność gospodarki polskiej**   * Realizacja przedsięwzięcia ma efekt długoterminowy, jakim jest zwiększenie dostępności kadr medycznych w krajowym systemie zdrowia, który przekracza ramy czasowe obowiązywania RRF; * Realizacja przedsięwzięcia nie ma efektu długoterminowego, jakim jest zwiększenie dostępności kadr medycznych w krajowym systemie zdrowia, który przekracza ramy czasowe obowiązywania RRF; * Realizacja przedsięwzięcia ma charakter powtarzających się krajowych wydatków budżetowych; * Realizacja przedsięwzięcia nie ma charakteru powtarzających się krajowych wydatków budżetowych.   *Należy wybrać i zaznaczyć właściwie (tj. wymagane ze względu na przedmiotowe kryterium) opcje dla przedsięwzięcia zgłaszanego do objęcia wsparciem.*  *Należy wskazać, że realizacja przedsięwzięcia zapewnia efekty długoterminowe, tzn. przekraczające ramy czasowe obowiązywania RRF i nie ma charakteru powtarzających się krajowych wydatków budżetowych.*  *Na podstawie udzielonej odpowiedzi oceniane będzie spełnienie kryterium horyzontalnego 11– Zgodność z zasadą długotrwałego wpływu przedsięwzięcia na wydajność i odporność gospodarki polskiej.* | | | | | | | | | | | | |
| **I.11 Zatrudnianie na podstawie umowy o pracę**   * Osoby, z którymi Podmiot leczniczy podpisze umowy dotyczące mentoringu są zatrudnione w tym podmiocie na podstawie umowy o pracę; * Osoby, z którymi Podmiot leczniczy podpisze umowy dotyczące mentoringu nie są zatrudnione w tym podmiocie na   podstawie umowy o pracę.  *Należy wybrać i zaznaczyć właściwą opcję dla przedsięwzięcia zgłaszanego do objęcia wsparciem.*  *(kryterium szczegółowe 2)* | | | | | | | | | | | | |
| **I.12 Kwalifikacje mentora**   * Osoba, która będzie pełnić rolę mentora - legitymuje się minimum 5-letnim doświadczeniem zawodowym na stanowisku   pielęgniarki/pielęgniarza lub położnej/położnego lub ratowniczki/ratownika medycznego;   * Osoba, która będzie pełnić rolę mentora - ma pozytywną opinię swojego bezpośredniego przełożonego, dotyczącą wiedzy,   umiejętności, nienagannej postawy etycznej, realizacji zadań zawodowych zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną;   * Osoba, która będzie pełnić rolę mentora - ma łatwość komunikacji w relacjach interpersonalnych i predyspozycje   Dydaktyczne.    *Należy wybrać i zaznaczyć właściwe (tj. wymagane ze względu na przedmiotowe kryterium) opcje dla zgłaszanego do objęcia wsparciem przedsięwzięcia.*  *Dla spełnienia przedmiotowego kryterium wymagane jest potwierdzenie dla każdej z opcji.*  *(kryterium szczegółowe 2.1)* | | | | | | | | | | | | |
| **I.13**  **Osoba, która jest mentorowana jest absolwentem kierunku pielęgniarstwo, położnictwo lub**  **ratownictwo medyczne studiów I stopnia ukończonych w roku kalendarzowym 2024 lub 2025 i ponadto**   * jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u Wnioskodawcy * złoży wniosek do Podmiotu o objęcie mentoringiem * posiada dyplom ukończenia ww. studiów na poziomie licencjatu * w przypadku absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej * będzie kontynuowała zatrudnienie na umowę o pracę w Podmiocie leczniczym, w którym została objęta wsparciem mentora, przez 12 miesięcy po zakończeniu mentoringu   Należy wybrać i zaznaczyć właściwe (tj. wymagane ze względu na przedmiotowe kryterium) opcje dla zgłaszanego do objęcia wsparciem przedsięwzięcia.  Dla spełnienia przedmiotowego kryterium wymagane jest potwierdzenie dla każdej z opcji.  (kryterium szczegółowe 2.2) | | | | | | | | | | | | |
| **J. Załączniki** | | | | | | | | | | | | |
| * Dokument potwierdzający umocowanie osoby składającej wniosek o objęcie wsparciem do reprezentowania Wnioskodawcy; * Oświadczenie w zakresie uprawnienia o ubieganie się o wsparcie - wzór załącznika nr 4 do Regulaminu; * Oświadczenie o spełnianiu wymagań formalnych – wzór załącznika nr 5 do Regulaminu; * Oświadczenie o braku podwójnego finansowania - wzór załącznika nr 6 do Regulaminu; * Wykaz mentorów i absolwentów zgłaszanych do wsparcia – wzór załącznika nr 8 do Regulaminu; * Dodatkowy załącznik z wyliczonymi indywidualnymi kwotami dla każdego mentorach. | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informacje o wniosku o dofinansowanie**   Część jest uzupełniana automatycznie przez system. | | | | | | | | | | | | |
| **Program**  Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności | | | | | **Priorytet**  Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia - część grantowa | | | | | | | |
| **Działanie**  D2.1.1 Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne | | | | | **Numer naboru**  KPOD.x.x-IP.x-001/23 | | | | | | | |
| **Numer wniosku** | | | | | **Status wniosku** | | | | | | | |
| **Data złożenia wniosku** | | | | | **Data złożenia wersji** | | | | | | | |
| **Suma kontrolna** | | | | |  | | | | | | | |

1. Uchwała Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026” (M.P. z 2022 r. poz. 1237 oraz 2024 r. poz. 367). [↑](#footnote-ref-1)
2. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2025 r. poz. 198) [↑](#footnote-ref-2)
3. Podatek VAT w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności jest niekwalifikowalny, dlatego dla zachowania poprawności formalnej wniosku należy zaznaczyć „Nie dotyczy”. [↑](#footnote-ref-3)
4. Podatek VAT w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności jest niekwalifikowalny, dlatego dla zachowania poprawności formalnej wniosku należy zaznaczyć „Nie dotyczy”. [↑](#footnote-ref-4)