Název partnera: Ministerstvo zdravotnictví ČR

**Žádost o uzavření nefinančního partnerství**

**TRIPLE P, Program Zdraví**

**Identifikace výzvy:** Výzva k předkládání žádostí o uzavření nefinančního partnerství Triple P vyhlášená dne ……………….

**Adresát žádosti:** Ministerstvo zdravotnictví ČR

**Název**  **programu:** Zdraví

**Číslo Žádosti:** xxxxxx[[1]](#footnote-1)

**IDENTIFIKACE žAdATELE**

*Žadatel uvede úplné a správné identifikační údaje.*

|  |  |
| --- | --- |
| Název: |  |
| IČO (u fyzických osob rodné číslo): |  |
| Adresa: |  |
| Právní forma: |  |
| Zřizovatel žadatele (název, adresa, IČO, číslo účtu), *má-li žadatel zřizovatele:* |  |
| Osoby zastupující zřizovatele (jméno, datum narození, funkce): |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Kontaktní osoba žadatele:** |
| Jméno, příjmení, titul: |  |
| Funkce: |  |
| Kontakt (telefon, e-mail): |  |
| **Zástupce statutárního orgánu, popř. osoba oprávněná zastupovat žadatele:** *Jedná-li za žadatele více zástupců statutárního orgánu současně, uvedou se všechny tyto osoby. Zastupuje-li statutárního zástupce oprávněná osoba, žadatel toto oprávnění (Plnou moc) přiloží jako přílohu této Žádosti.*  |
| Jméno, příjmení, titul: |  |
| Funkce: |  |
| Kontakt (telefon, e-mail): |  |
| **Údaje pro elektronické doručování:**  |
| ID datové schránky žadatele:  |  |

Čestné prohlášení o zacílení služeb rovněž na rodiče dětí 6-12 let v min. posledních dvou letech s vymezením o jaké služby šlo

|  |
| --- |
| **Čestné prohlášení žadatele:** |
|  |

**ODBORNÍ PRACOVNÍCI ŽADATELE ZAŘAZENÍ DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Jméno a příjmení odborného pracovníka |
| **1.** |  |
| *Nejvyšší dosažené vzdělání:**Doloženo:* |
|  | Jméno a příjmení odborného pracovníka |
| **2.** |  |
| *Nejvyšší dosažené vzdělání:**Doloženo:* |
|  | Jméno a příjmení odborného pracovníka |
| **3.** |  |
| *Nejvyšší dosažené vzdělání:**Doloženo:* |
|  | Jméno a příjmení odborného pracovníka |
| **4.** |  |
| *Nejvyšší dosažené vzdělání:**Doloženo:* |

**POŽADAVEK NA ZAPŮJČENÍ VYBAVENÍ CENTRA PRO ZAJIŠTĚNÍ REALIZACE PROGRAMU**

|  |
| --- |
| **Požadavky:** |
| * *V případě, že žadatel nedisponuje některým z následujícího vybavení, které je pro realizaci projektu klíčové, uvede seznam chybějícího vybavení. To bude po výběru center pořízeno ze strany MZ ČR a centru poskytnuto v rámci smlouvy o dlouhodobé zápůjčce.*
	+ *Dataprojektor,*
	+ *Projekční plátno,*
	+ *Reproduktory,*
	+ *Nábytek (stoly, židle dle požadavků programu)*
 |

**PŘÍLOHY**

**Povinné přílohy**

*Žadatel označí, které Přílohy jsou doloženy - označením ANO/NE*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Příloha č. 1** | **1.a Doložení vhodnosti žadatele dle bodu 1a kapitoly IV.** v případě, že informace o organizaci není uvedena v registru poskytovatelů zdravotních služeb  |  |
| **Příloha č. 2** | **2a Kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání odborných pracovníků****2b Doklad o tom, že odborný pracovník splnil** požadavky na odbornou způsobilost k výkonu povolání pracovníka v sociálních službách dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách |  |

**Čestné prohlášení**

**Já níže podepsaný zástupce žadatele čestně prohlašuji, že k níže uvedenému dni:**

1. Žadateli nebyl soudem nebo správním orgánem uložen zákaz činnosti nebo zrušeno oprávnění k činnosti týkající se jeho předmětu podnikání a/nebo související s pilotním provozem.
2. Vůči žadateli (případně vůči jeho majetku) není navrhováno a/nebo vedeno řízení o výkonu soudního či správního rozhodnutí.

**Dále prohlašuji, že:**

1. Údaje uvedené v této Žádosti o uzavření nefinančního partnerství, včetně všech příloh, jsou pravdivé, a že elektronická verze žádosti je shodná s písemnou verzí[[2]](#footnote-2).
2. Prohlašuji, že mé zařízení není primárně zaměřeno na péči o děti se symptomy Poruchy autistického spektra (PAS) nebo vážné jiné duševní poruchy.
3. Prohlašuji, že mé zařízení je dostupné veřejnou dopravou (nejbližší zastávka hromadné dopravy je vzdálená blíže než 20 minut chůze a zároveň intervaly veřejné hromadné dopravy jsou takové, že není nutné na dopravní prostředek čekat déle než 1 hodinu (v době realizace programu).
4. Prohlašuji, že mé zařízení disponuje prostory, kde mohou nerušeně probíhat skupiny s rodiči. Prostory pro skupinové sezení mají, dle pravidel Programu Triple P s možností poskládat stoly do písmene U. V rámci místnosti je zajištěn dostatek prostoru. Místnost je přiměřeně osvětlená a vzdušná.
5. Prohlašuji, že mé zařízení zároveň disponuje oddělenými prostory, kde mohou být děti po dobu trvání rodičovských skupin - intervencí.

**Infor mace o podání Žádosti**

*V případě zastoupení žadatele na základě Plné moci, bude Žádost obsahovat podpis osoby zastupující žadatele a bude přiložena kopie Plné moci.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Místo a datum podpisu Žádosti:** |  |
| **Jméno, příjmení a podpis zástupce statutárního orgánu, popř. osoby oprávněné zastupovat žadatele:****Razítko:** |  |

1. Číslo žádosti je konstruováno žadatelem následujícím způsobem: Jedná se o konstrukci **TRI** – IČO žadatele. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pokud je relevantní. [↑](#footnote-ref-2)