

Žádost o finanční příspěvek na provoz a činnost z Programu pro poskytování finanční podpory z rozpočtu města Kroměříže k zajištění financování mobilní paliativní péče na území města Kroměříže pro rok 2026

(nevyplňujte)

| | |
|---------------|--|
| Číslo žádosti | |
|---------------|--|

I. Informace o žadateli

| | |
|------------------|--|
| Název žadatele: | |
| Právní forma: | |
| IČ: | |
| Adresa: | |
| Telefon, e-mail: | |
| Kontaktní osoba: | |
| Telefon: | |
| E-mail: | |

Identifikace právnické osoby

| | |
|---|--|
| 1. osoby zastupujících právnickou osobu s uvedením právního důvodu zastoupení | |
| 2. osoby s podílem v této právnické osobě | |
| 3. osoby, v nichž má přímý podíl, a o výši tohoto podílu | |

POVINNÁ PŘÍLOHA

Údaje o skutečném majiteli právnické osoby dle zákona č. 37/2021 Sb., o evidenci skutečných majitelů podle zákona upravujícího evidenci skutečných majitelů ve formě úplného výpisu platných údajů a údajů, které byly vymazány bez náhrady nebo s nahrazením novými údaji, jedná-li se o evidující osobu; v případě, že je žadatel o dotaci zahraniční právnickou osobou, doloží údaje o svém skutečném majiteli buď výpisem ze zahraniční evidence obdobné evidenci skutečných majitelů, nebo pokud taková zahraniční evidence neexistuje, sdělí identifikační údaje všech osob, které jsou skutečným majitelem zahraniční právnické osoby, a předloží doklady, z nichž vyplývá vztah všech osob k zahraniční právnické osobě, zejména výpis ze zahraniční evidence obdobné obchodnímu rejstříku, seznam akcionářů, rozhodnutí statutárního orgánu o vyplacení podílu na zisku, společenská smlouva, zakladatelská listina nebo stanovy. (<https://esm.justice.cz/ias/issm/rejstrik>)

V případě, že skutečného majitele dle § 7 zákona č. 37/2021 Sb., o evidenci skutečných majitelů organizace nemá, doloží tuto skutečnost čestným prohlášením.

Vyberte, prosím, pouze jednu ze dvou uvedených variant, nehodící přeškrtněte

A: v příloze této žádosti je doložen výpis z evidence skutečných majitelů

B: v příloze této žádosti je doloženo čestné prohlášení, že organizace nepodléhá evidenci skutečných majitelů

| | |
|--|--|
| Bankovní účet žadatele (název banky, číslo účtu, kód banky): | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Celkový předpokládaný rozpočet celé organizace pro rok 2026 | |
|---|--|

| | | | | |
|--|-----|--|-----|--|
| Provoz a činnost budou v roce 2026 realizovány v období: | od: | | do: | |
|--|-----|--|-----|--|

| | Částka v Kč | % |
|--|-------------|---|
| Požadavek organizace na finanční podporu z rozpočtu města Kroměříže pro rok 2026 | | |
| Schválená finanční podpora pro rok 2026 (nevyplňujte – vyplní město Kroměříž) | | |

II. Popis provozu a činnosti

Přesný název organizace a mobilní paliativní služby

| |
|--|
| |
|--|

| | Částka Kč | Počet % z celkového rozpočtu služby |
|---|-----------|-------------------------------------|
| Požadavek na finanční podporu z rozpočtu města Kroměříže na výše uvedenou službu pro rok 2026 | | |
| Schválená finanční podpora (nevyplňujte, vyplní město Kroměříž) | | |

Účel, na který žadatel finanční podporu použije (uved'te v maximálním rozsahu 1 strana formátu A4)

| |
|--|
| |
|--|

**Aktivity, které jsou v rámci mobilní paliativní péče realizovány – odůvodnění žádosti
(uved'te v maximálním rozsahu 1 strana formátu A4)**

**Celkové zdroje výše uvedené mobilní paliativní služby za rok 2025
(platby zdravotních pojišťoven dotace obcí, příspěvek zřizovatele, finanční dary apod.)**

III. Počet jednotek (fyzických dnů péče) za období 1. 1. – 31. 12. 2025

Za den péče je považována pouze fyzická přítomnost pracovníka v domácnosti klienta, a to bez ohledu na počet návštěv během jednoho dne péče. I v případě několika fyzických návštěv za jeden den se, pro tento účel, vykazuje pouze jeden den péče. Za pracovníka je považována pouze lékařský nebo nelékařský zdravotnický pracovník.

| Jednotka služby | Počet jednotek za období 1. 1. – 31. 12. 2025 |
|--|--|
| Počet dnů péče (fyzických) pracovníka v domácnosti klienta | |
| Počet dnů péče pro klienty z Kroměříže | |
| Počet dnů péče pro klienty ze správního obvodu ORP Kroměříže (bez klientů z města Kroměříže) | |
| Počet dnů péče pro klienty mimo správní obvod ORP Kroměříž | |

Seznam povinných příloh žádosti:

- Výpis skutečného majitele
- Rozpočet
- Plná moc (v případě podpisu žádosti zástupcem statutárního orgánu)
- Ověřená kopie dokládající odbornost 926 – domácí pal. péče o pacienta v terminálním stavu

Čestné prohlášení:

Žadatel prohlašuje, že uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, že nezatajuje žádné okolnosti, důležité pro posouzení Žádosti.

Žadatel prohlašuje, že nemá žádné závazky (po lhůtě splatnosti) vůči městu Kroměříži a jeho organizacím.

Datum vyhotovení Žádosti:

.....
Jméno a příjmení, podpis osoby oprávněné zastupovat žadatele s uvedením právního důvodu zastoupení, razítko

Veškeré údaje budou zpracovány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů.

Seznam ostatních příloh Žádosti:

- | | | |
|---|-----|----|
| - kopie dokladu o právní subjektivitě, stanovky * | ano | ne |
| - kopie o ustanovení (volbě) statutárního orgánu * | ano | ne |
| - kopie dokladu o zřízení běžného účtu (je-li zřízen) * | ano | ne |

** žadatel uvede, zda k Žádosti přikládá povinné přílohy*

V případě, že žadatel výše uvedené platné dokumenty již doložil k Žádostem o finanční podporu z rozpočtu města Kroměříže v předchozích letech a nedošlo v nich k žádné změně, je od této povinnosti osvobozen a svým podpisem **čestně prohlašuje**, viz níže, že v uvedených dokumentech nedošlo ke změně.

Datum:

.....
Jméno a příjmení, podpis osoby oprávněné zastupovat žadatele s uvedením právního důvodu zastoupení, razítko