Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

 w Kaliszu

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 320 ze zm.) i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015r. (t.j Dz. U. 2015 poz. 1628) oraz z dnia 29.08.2018r. (Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682) oraz z dnia 27.08.2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 1628) oraz z dnia 27.03.2020 r. (Dz. U. 2020 r. poz. 547) wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:

1. ………………………………………………………………………………………………

…………………………………………...…………………………………………………..  *(Nazwa, adres podmiotu /pieczątka)*

1. Rodzaj świadczenia zdrowotnego oraz numer umowy z NFZ **\*/** …………………………………………………………………………………………………**\*/Uwaga – pole obowiązkowe do wypełnienia, proszę dla każdej umowy złożyć odrębny wniosek.**
2. Opiniowany wniosek dotyczy okresu: od …………………..… do ………….…………….

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi:… ………………………zł./miesiąc
2. Wzrost wynagrodzeń wynikający z przeliczenia aktywnych deklaracji zgodnie ze stawką kapitacyjną za dany miesiąc tak/nie/nie dotyczy
3. Liczba etatów/równoważników etatu:………………………..…………………………
4. Przekazane przez NFZ dodatkowe środki finansowe przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych w sposób równy, równoważny do przelicznika etatu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej** | **Forma zatrudnienia (umowa o pracę lub stosunek służbowy, umowa cywilnoprawna)** | **Wymiar etatu/ równoważnik etatu**  | **Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w okresie od 01-07-2019r. nie mniej niż 1200,00zł\*** | **Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia w okresie od 01-07-2019r umowa cywilno-prawna** | **Łączny średni koszt miesięczny dla pracodawcy związany z dokonaniem podwyżki wynagrodzenia (koszt brutto brutto)** | **Dopłata dodatku wyrównawczego z umowy o pracę do kwoty pobranej przez świadczeniodawcę z NFZ \*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |  |

…………………………………………… ……………………….................................

 miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby

**\*dotyczy umowy o pracę**

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych** w ……………….. po zapoznaniu się z wnioskiem jw. z dnia

………………..wydaje opinię ……………………………………………………………………………………

w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

…………………………. ……………………………………….

 miejscowość, data podpis i pieczątka os. Upoważnionej przez ORPIP