**Bližší popis činnosti žadatele v rámci projektu**

**Popište předpokládaný územní rozsah domácí hospicové péče (Uveďte názvy obcí s rozšířenou působností, jejichž obvody pokrývá Vaše nabídka služeb)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Popište, jakým způsobem zabezpečíte péči o více pacientů současně (O kolik pacientů lze pečovat současně a jaké jsou časové a územní limity souběžné péče)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Uveďte složení týmu, který bude financován v rámci projektu (viz níže uvedená tabulka).**

Složení týmu financovaného v rámci projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pozice - odbornost | Druh péče – přímá/nepřímá | Prac. poměr – přímý pracovní poměr/DPP, DPČ vč. výše úvazku |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Uveďte: Celkový počet úvazků v projektu:**

 **Celkový počet úvazků v přímé péči:**

**Popište spolupráci se zdravotnickými zařízeními v území, ve kterém působíte (Uveďte výčet fakticky spolupracujících zařízení i s adresou a s rozlišením, zda jde o dosavadní spolupráci anebo alespoň existující dohoda o spolupráci, případně její příslib. Lze použít i samostatnou přílohu. Zdravotnickým zařízením se rozumí i samostatný praktický nebo odborný lékař)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Uveďte minimální odhad využití domácí hospicové/paliativní péče v roce 2021 (počet pacientů a počet hodin přímé péče na jednoho pacienta; pokud v rámci své služby poskytujete klientům činnosti, které nezahrnujete do vykazování pro kraj, popište je a uveďte jejich odhadovaný rozsah)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Plánovaný počet pacientů v roce 2021 | Plánovaný počet pacientů zařazených a vykazovaných v odbornosti 926 veřejného zdravotního pojištění | Plánovaný počet hodin přímé péče o pacienty v roce 2021 |
|  |  |  |

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Uveďte, jak plánujete v roce 2021 uplatňovat povinnou finanční úhradu pacientů za koordinaci zdravotní a sociální péče (v jaké částce na den apod. podle Vašich pravidel; ve smlouvě o poskytnutí dotace bude uveden závazek vybírat úhradu minimálně ve výši 100 Kč na den v péči, s výjimkou pomoci pacientům v pobytových sociálních službách):**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………