 

KΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΣΧΕΔΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΗΓΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΌΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ (ΑCCREDITATION)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ | |
| **ΑΙΤΗΜΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΧΟΡΗΓΙΑΣ** |  | |
| **1ου ΣΤΑΔΙΟΥ**  **ή**  **2ου ΣΤΑΔΙΟΥ (ΕΞΟΦΛΗΣΗ)** |
|  |
| Κατηγορία Νοσηλευτηρίου | |
| A[[1]](#footnote-1)☐ | B[[2]](#footnote-2)☐ |
| Γ[[3]](#footnote-3)☐ | Δ[[4]](#footnote-4)☐ |
|
| Ε[[5]](#footnote-5) ☐ | Στ[[6]](#footnote-6) ☐ |
| Ζ[[7]](#footnote-7) ☐ | Η[[8]](#footnote-8) ☐ |
| Αρ. Φακέλου: | |

##### Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επωνυμία Νοσηλευτηρίου:  Διεύθυνση του Νοσηλευτηρίου: | Αρ. Μητρώου Άδειας Λειτουργίας Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου (αυτό ισχύει μόνο για τα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια): | |
| Ημερομηνία έκδοσης : |  |

##### Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία Διαπιστεύοντος Οργανισμού:  Διεύθυνση: | |  | | |
|  |  | |
| Εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για συνεργασία/  επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας | *Επώνυμο:* | *Όνομα:* | | Τηλέφωνο:  Τηλεομοιότυπο:  Ηλεκτρονική Διευθ. : |

#### Γ. ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

*Λεπτομέρειες υπολογισμού των επιλέξιμων δαπανών κατάρτισης παρατίθενται στο Σημείο 5 του Σχεδίου.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Επιλέξιμες Δαπάνες (όπου εφαρμόζεται)* | | **Ποσά** | **Για υπηρεσιακή χρήση** |
| **1** | **Κόστος Συμβουλευτικών Υπηρεσιών** | € |  |
| **2** | **Κόστος Διαπίστευσης από διαπιστεύοντα Οργανισμό** | € |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ** | | € |  |

**Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

*Σημειώστε με Χ για ότι ισχύει στο αντίστοιχο τετραγωνάκι.*

☐ Δεν εκκρεμεί ή υποβληθεί άλλη σχετική αίτηση στα πλαίσια προηγούμενων ή άλλων Σχεδίων Χορηγιών.

☐ Δεν έχουμε εξασφαλίσει από το Κράτος άλλης μορφής οικονομική βοήθεια σχετική με το αντικείμενο.

Σε περίπτωση που η Επιτροπή μου παραχωρήσει τη σχετική χορηγία και οποιαδήποτε από τις πληροφορίες που έδωσα στην αίτηση αυτή αποδειχθεί ανακριβής, αναγνωρίζω και αποδέχομαι ότι η πιο πάνω Επιτροπή έχει το δικαίωμα να μου ζητήσει την άμεση επιστροφή του ποσού της χορηγίας.

###### Ε. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΧΟΡΗΓΙΑΣ

*Επιβεβαιώστε, σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι, ότι επισυνάπτονται στην αίτησή σας τα πιο κάτω έγγραφα/ στοιχεία.*

|  |  |
| --- | --- |
| **1ο ΣΤΑΔΙΟ**  ☐ Έκθεση Αξιολόγησης Διαπίστευσης (Accreditation Survey Report)  ☐ Υπογεγραμμένη σύμβαση διαπίστευσης  ☐ Τιμολόγια και αποδείξεις πληρωμής σύμφωνα με τους όρους πληρωμής όπως περιγράφονται στη σύμβαση για την προαξιολόγηση για διαπίστευση και έκδοση σχετικής έκθεσης.  ☐ Συμβόλαιο για συμβουλευτικές υπηρεσίες  ☐ Τιμολόγιο και αποδείξεις πληρωμής για συμβουλευτικές υπηρεσίες  ☐ Πιστοποιητικό Διαπίστευσης ISQua του Φορέα ως Οργανισμός (ISQua Accredited Organisation)  ☐ Πιστοποιητικό Διαπίστευσης ISQua για τα πρότυπα διαπίστευσης (ISQua Accredited Standards) ή Εξουσιοδότηση χρήσης/ διενέργειας διαπιστεύσεων, βάσει των ISQua Accredited Standards, από τον φορέα έκδοσης τους | **2ο ΣΤΑΔΙΟ - ΕΞΟΦΛΗΣΗ**  ☐ Πιστοποιητικό Διαπίστευσης του Νοσηλευτηρίου  ☐ Τιμολόγια και αποδείξεις πληρωμής για σκοπούς διαπίστευσης |

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ**

* Προτού συμπληρώσει την αίτηση, ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος του νοσηλευτηρίου θα πρέπει να μελετήσει τις πρόνοιες του Σχεδίου.
* Η αίτηση συμπληρώνεται κατάλληλα με όλα τα απαραίτητα στοιχεία, αποστέλλεται και παραλαμβάνεται στο Υπουργείο Υγείας εντός των επόμενων 6 μηνών μετά την έκδοση του διαπιστευτηρίου ποιότητας.
* Η συμπλήρωση και αποστολή της αίτησης στο Υπουργείο Υγείας είναι υποχρέωση του Διευθυντή ή εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου του και κανενός άλλου, τρίτου προσώπου.
* Η συμπλήρωση όλων των στοιχείων της αίτησης είναι απαραίτητη.
* Στην αίτηση επισυνάπτονται τα έγγραφα που αναφέρονται στο Μέρος Ε του εντύπου.

Υπογραφή εξουσιοδοτημένου Διευθυντή

ή Εκπροσώπου του Νοσηλευτηρίου …..……………………………………………

Ημερομηνία: …..…………………………………………….

1. Νοσοκομείο [↑](#footnote-ref-1)
2. Πολυκλινική [↑](#footnote-ref-2)
3. Κλινική [↑](#footnote-ref-3)
4. Κλινική Ημερήσιας Νοσηλείας [↑](#footnote-ref-4)
5. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Πέραν των 5 ειδικοτήτων και τουλάχιστον 30 κλίνες [↑](#footnote-ref-5)
6. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Από 3 μέχρι 5 ειδικότητες και τουλάχιστον 3 κλίνες ανά ειδικότητα [↑](#footnote-ref-6)
7. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Μέχρι 2 ειδικότητες και τουλάχιστον 3 κλίνες ανά ειδικότητα [↑](#footnote-ref-7)
8. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Ημερήσιας Νοσηλείας με ωράριο εργασίας 07.00 – 19.00 και τουλάχιστον 2 κλίνες ανά ιατρική ειδικότητα [↑](#footnote-ref-8)