

SPRAWOZDANIE

z realizacji zadania w ramach programu polityki zdrowotnej

„Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców Gminy Kołobrzeg na
lata 2026–2029”

oraz wykorzystania dotacji

I. PODSTAWOWE INFORMACJE

1. Nazwa realizatora zadania:

.....

2. Adres siedziby:

.....

3. Numer KRS / CEIDG / innego właściwego rejestru:

.....

4. NIP:

REGON:

5. Numer umowy zawartej z Gminą Kołobrzeg:

.....

6. Data zawarcia umowy:

.....

7. Okres realizacji zadania objęty sprawozdaniem:

od do

8. Wysokość przyznanej dotacji:

..... zł

9. Kwota wykorzystanej dotacji:

..... zł

10. Kwota niewykorzystanej dotacji:

..... zł

II. OPIS REALIZACJI ZADANIA

1. Organizacja realizacji programu

Należy opisać sposób organizacji realizacji programu, w tym organizację rekrutacji, kwalifikacji uczestników, harmonogram świadczeń oraz zapewnienie dostępności.

.....

.....

2. Liczba osób zgłoszonych do programu

Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie:

..... osób

3. Liczba osób zakwalifikowanych

Liczba osób zakwalifikowanych do programu:

..... osób

4. Liczba osób, które rozpoczęły udział w programie

..... osób

5. Liczba osób, które ukończyły udział w programie

..... osób

6. Rezygnacje i przerwanie udziału

Liczba osób, które zrezygnowały lub przerwały udział:

..... osób

Przyczyny rezygnacji lub przerwania udziału:

.....

.....

III. REALIZACJA POSZCZEGÓLNYCH ELEMENTÓW PROGRAMU

Lp.	Element programu	Liczba osób / świadczeń	Sposób realizacji / uwagi
1.	Kwalifikacja i ocena funkcjonalna		
2.	Edukacja zdrowotna		
3.	Opracowanie indywidualnego planu fizjoterapii		
4.	Indywidualne świadczenia fizjoterapeutyczne		
5.	Ocena końcowa		
6.	Przekazanie zaleceń dotyczących dalszej profilaktyki		

Opis realizacji

.....

.....

.....

IV. ZGODNOŚĆ REALIZACJI Z PROGRAMEM

Lp.	Element programu	Zrealizowano	Uwagi / wyjaśnienia
1.	Kryteria kwalifikacji uczestników	☐ TAK ☐ NIE	
2.	Wywiad i ocena funkcjonalna	☐ TAK ☐ NIE	
3.	Ocena nasilenia bólu – VAS	☐ TAK ☐ NIE	
4.	Ocena funkcjonalna – ODI/RMDQ lub inne narzędzie wskazane w programie	☐ TAK ☐ NIE	
5.	Edukacja zdrowotna	☐ TAK ☐ NIE	

Lp.	Element programu	Zrealizowano	Uwagi / wyjaśnienia
6.	Indywidualny plan fizjoterapii	☐ TAK ☐ NIE	
7.	Aktywna fizjoterapia	☐ TAK ☐ NIE	
8.	Ocena końcowa	☐ TAK ☐ NIE	
9.	Zalecenia dotyczące dalszego postępowania	☐ TAK ☐ NIE	
10.	Prowadzenie dokumentacji	☐ TAK ☐ NIE	

Jeżeli któregoś z elementów programu nie zrealizowano w całości, należy podać przyczynę:

.....

.....

V. PERSONEL

1. Personel uczestniczący w realizacji zadania

Lp. Imię i nazwisko Zawód / kwalifikacje Zakres wykonywanych czynności

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

2. Zmiany w składzie personelu

Czy w stosunku do oferty wystąpiły zmiany w składzie personelu?

- ☐ NIE
☐ TAK

Jeżeli TAK, należy wskazać zakres i przyczynę zmian:

.....

VI. MIEJSCE I WARUNKI REALIZACJI

1. Adres miejsca realizacji:

.....

2. Czy świadczenia były realizowane w miejscu wskazanym w ofercie?

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli NIE, należy wyjaśnić:

.....

3. Czy zapewniono wymagane warunki lokalowe i wyposażenie?

☐ TAK

☐ NIE

Uwagi:

.....

VII. MONITOROWANIE I OCENA REALIZACJI PROGRAMU

1. Ocena funkcjonalna

Liczba uczestników, u których wykonano ocenę początkową:

.....

Liczba uczestników, u których wykonano ocenę końcową:

.....

2. Ocena nasilenia bólu

Zastosowane narzędzie:

☐ VAS

☐ inne:

Liczba osób objętych oceną:

.....

3. Ocena funkcjonalna

Zastosowane narzędzie:

- ☐ ODI
☐ RMDQ
☐ inne:

Liczba osób objętych oceną:

.....

4. Satysfakcja uczestników

Liczba uczestników, którzy wzięli udział w badaniu satysfakcji:

.....

Najważniejsze wyniki i uwagi:

.....

.....

5. Wnioski z realizacji programu

Należy wskazać najważniejsze wnioski wynikające z realizacji zadania, w tym ewentualne problemy organizacyjne i propozycje zmian.

.....

.....

VIII. ROZLICZENIE DOTACJI

1. Zestawienie wydatków

Lp.	Rodzaj kosztu	Kwota planowana	Kwota faktycznie poniesiona	Kwota pokryta z dotacji
1.	Koszty realizacji świadczeń i działań przewidzianych w programie			
2.	Koszty materiałów i dokumentacji			
3.	Pozostałe koszty bezpośrednio związane z realizacją zadania			

Lp.	Rodzaj kosztu	Kwota planowana	Kwota faktycznie poniesiona	Kwota pokryta z dotacji
	Razem	**	**	**

2. Wykorzystanie dotacji

Przyznana dotacja:

..... zł

Wykorzystana dotacja:

..... zł

Niewykorzystana dotacja:

..... zł

Niewykorzystana część dotacji podlega zwrotowi na zasadach określonych w umowie oraz obowiązujących przepisach prawa.

3. Inne źródła finansowania

Czy zadanie było finansowane również z innych źródeł?

- ☐ NIE
☐ TAK

Jeżeli TAK:

Źródło finansowania Kwota

IX. DOKUMENTACJA

Realizator oświadcza, że dokumentacja związana z realizacją programu była prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności dotyczącymi dokumentacji medycznej, praw pacjenta oraz ochrony danych osobowych.

Dokumentacja dotycząca realizacji zadania jest przechowywana przez realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz postanowieniami umowy.

X. OŚWIADCZENIE REALIZATORA

Oświadczam, że:

1. zadanie zostało zrealizowane zgodnie z umową, programem polityki zdrowotnej oraz warunkami konkursu;
2. informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu są zgodne ze stanem faktycznym;
3. dotacja została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem i na zasadach określonych w umowie;
4. wydatki wykazane w sprawozdaniu zostały faktycznie poniesione w związku z realizacją zadania;
5. dokumentacja potwierdzająca realizację zadania i poniesione wydatki jest dostępna do kontroli na zasadach określonych w umowie;
6. nie doszło do podwójnego finansowania tych samych wydatków ze środków publicznych.

XI. PODPIS REALIZATORA

Miejscowość:

Data:

Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania realizatora

.....

Pieczęć realizatora – jeżeli dotyczy

XII. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ GMINĘ KOŁOBRZEG

Weryfikacja sprawozdania

Data wpływu sprawozdania:

.....

Sprawozdanie:

- ☐ zaakceptowano
- ☐ zaakceptowano z uwagami
- ☐ wymaga uzupełnienia

Uwagi:

.....

.....
Kwota dotacji podlegająca zwrotowi:

..... **zł**

Termin zwrotu:

.....
Osoba dokonująca weryfikacji:

.....
Data i podpis:

.....

Signature Not Verified
Dokument podpisany przez Jerzy
Wolski
Data: 2026.09.11 12:47:40 CEST