

**Karta analizy propozycji projektu zgłoszonego do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024**

**Część A. Metryczka propozycji projektu**

(wypełnia Komisja do spraw weryfikacji Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024)

1. Numer Identyfikacyjny propozycji projektu ..... PBO2024/4/29 .....

2. Nazwa merytorycznej komórki organizacyjnej Urzędu Miejskiego w Pszczynie/gminnej jednostki organizacyjnej, do której kompetencji (zakresu działania) należy zgłoszona propozycja projektu do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024, dokonującej analizy tego projektu.

**SP ZOZ Pszczyński Ośrodek Rehabilitacyjno – Terapeutyczny**

**Część B. Analiza merytoryczna proponowanego projektu**

(wypełnia komórka merytoryczna / jednostka organizacyjna, do której kompetencji należy proponowana propozycja projektu)

1. Proponowana propozycja projektu należy do zakresu zadań własnych gminy

a) TAK ✓    b) NIE

2. Proponowana propozycja projektu jest zgodna z prawem, w tym lokalnym, a w szczególności z miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego

a) TAK ✓    b) NIE

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź, a następnie, w przypadku odpowiedzi b) - uzasadnić ją i przejść do części C karty)

.....  
.....  
.....

**3. Teren, na którym ma być zlokalizowany proponowany projekt (punkt ten dotyczy projektu remontowego albo inwestycyjnego, w innych przypadkach należy podkreślić d):**

a) stanowi mienie gminy Pszczyna nieobciążone na rzecz osób trzecich;

b) nie stanowi mienia gminy Pszczyna;

c) stanowi mienie gminy Pszczyna obciążone na rzecz osób trzecich;

d) zgoda zarządzającego na udostępnienie obiektu;

e) **nie dotyczy** ✓

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź; po udzieleniu odpowiedzi b) albo c) proszę przejść do części C karty)

4. Teren, na którym ma być zlokalizowany proponowany projekt (tylko w przypadku projektu remontowego albo inwestycyjnego):

a) nie jest przeznaczony na sprzedaż,

b) nie jest przeznaczony na inny cel,

c) jest przeznaczony na sprzedaż,

d) **jest przeznaczony na inny cel** ✓

jaki?

**Budynek Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
Pszczynskiego Ośrodka Rehabilitacyjno – Terapeutycznego w Pszczynie  
przy ul. Antesa 1 – podmiot leczniczy**

(proszę podkreślić właściwą/właściwe odpowiedź/odpowiedzi)

5. Proponowany projekt jest przewidziany do uwzględnienia w budżecie Gminy Pszczyna na 2024 rok poza Pszczyńskim Budżetem Obywatelskim 2024

a) TAK

b) **NIE** ✓

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź, a następnie, w przypadku odpowiedzi a) - przejść do części C karty)

6. Proponowany projekt jest możliwy do realizacji w trakcie jednego roku budżetowego:

a) **TAK** ✓

b) NIE

7. Szacunkowe koszty proponowanego projektu:

a) **bez uwag** ✓

b) z uwagami

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź, a następnie, w przypadku odpowiedzi b) - proszę wskazać brakujące lub źle oszacowane pozycje i określić ich skorygowaną wartość oraz podać łączną szacunkową kwotę środków potrzebnych na realizację projektu)

.....

.....

8. Opinia o technicznej wykonalności (jeśli dotyczy) proponowanego projektu:

a) **pozytywna** ✓

b) negatywna

c) nie dotyczy

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź, a następnie, w przypadku odpowiedzi b) - uzasadnić ją)

.....  
.....  
.....

9. Opinia o celowości realizacji proponowanego projektu w kontekście ustawowych wymogów w zakresie gospodarności:

a) **pozytywna** ✓

b) negatywna

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź, a następnie krótko uzasadnić ją)

**Zgłoszony projekt posiada wszelkie cechy zasad gospodarności w kontekście ich ustawowych wymogów, w tym jest w szczególności celowy, oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, jak również w sposób umożliwiający terminową realizację zadań.**

10. Opinia o kosztach eksploatacji proponowanego projektu (o ile występują) w kontekście wymogów gospodarności:

a) **pozytywna** ✓

b) negatywna

c) nie dotyczy

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź, a w przypadku odpowiedzi a) i b) uzasadnić ją)

**Przedmiotowa winda wymaga co miesięcznych przeglądów technicznych i raz w roku przeglądu Urzędu Nadzoru Technicznego.**

**Część C. Rekomendacja dotycząca uwzględnienia propozycji projektu zgłoszonego do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024 na karcie do głosowania**

(wypełnia komórka merytoryczna / jednostka organizacyjna, do której kompetencji należy proponowana propozycja projektu)

a) **pozytywna** ✓

b) negatywna



**Część D. Potwierdzenie ustaleń i opinii z części B oraz rekomendacji z części C karty analizy propozycji zgłoszonej do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024**

(wypełnia komórka merytoryczna / jednostka organizacyjna, do której kompetencji należy proponowana propozycja projektu)

**Wniosek jest przygotowany w sposób prawidłowy i oceniony w całości pozytywnie. Celem przedmiotowego projektu jest:**

- **wykonanie modernizacji windy w budynku POR – T polegającej na dostosowaniu przedmiotowego urządzenia dla osób ze szczególnymi potrzebami.**

**Wdrożenie projektu znacznie usprawni działalność placówki. W przypadku przeprowadzenia remontu I piętra budynku umożliwi rozszerzenie obecnej oferty w zakresie świadczeń zdrowotnych. Wykonanie projektu znacznie ograniczy koszty związane z zainstalowaniem nowej windy. Wprowadzenie w. w. wpłynie również pozytywnie na środowisko między innymi poprzez brak potrzeby utylizacji przedmiotowego urządzenia co niewątpliwie miałyby negatywny wpływ na środowisko – wymiar ekologiczny.**

**Przedmiotowy projekt pozytywnie wpłynie na poprawę jakości życia mieszkańców dla których skierowany jest projekt. Potwierdzam w. w. ustalenia.**

**Część E. Potwierdzenie ustaleń i akceptacja Karty analizy propozycji projektu zgłoszonego do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024**

(wypełnia autor/autorzy projektu) Ja niżej podpisany, autor projektu do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024:

**potwierdzam powyższe ustalenia i akceptuję kartę analizy propozycji projektu,**

oświadczam, że zapoznałem się z wynikami analizy propozycji projektu zgłoszonego do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2024.

SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
Pszczyński Ośrodek  
Rehabilitacyjno-Terapeutyczny  
43-200 Pszczyzna, ul. Antesa 1  
NIP 638-15-06-885, REGON 271112269  
tel. (32) 210-34-69, ING BŚ o/PSZCZYNA  
17 1050 1315 1000 0001 0136 7076  
-2-

.....  
Pieczęć komórki organizacyjnej

.....  
*Marcina Necani*..... *Lidia*..... *Krzysztof*.....

Podpis autora/autorów projektu

DYREKTOR

*Urszula Szypuła*

.....  
Pieczęć i podpis kierownika