

**Karta analizy propozycji projektu zgłoszonego do Pszczyńskiego Budżetu  
Obywatelskiego 2025**

**Część A. Metryczka propozycji projektu**

( wypełnia Komisja do spraw weryfikacji Pszczyńskiego Budżetu  
Obywatelskiego 2025)

1. Numer Identyfikacyjny propozycji projektu **PBO 2025/L/52**

2. Nazwa merytorycznej komórki organizacyjnej Urzędu Miejskiego  
w Pszczynie/gminnej jednostki organizacyjnej, do której kompetencji  
należy zgłoszona propozycja projektu do Pszczyńskiego Budżetu  
Obywatelskiego 2025, 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 nie obciążone 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 Pszczyńskiego 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 2025 rok poza Pszczyńskim Budżetem Obywatelskim 2025

- 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 2025 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 2025**

(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 2025**

(wypełnia autor/autorzy projektu) Ja niżej podpisany, autor projektu do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2025:

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

oświadczam, że zapoznałem się z wynikami analizy propozycji projektu zgłoszonego do Pszczyńskiego Budżetu Obywatelskiego 2025.

*Lidia Musiał*

Podpis autora/autorów projektu

SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
Pszczyński Ośrodek  
Rehabilitacyjno-Terapeutyczny  
43-200 Pszczyna, 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  
kierownika

**DYREKTOR**

*Urszula Szypuła*

Pieczęć i podpis

