Załącznik nr 11

do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością dla Organizacji Pozarządowych” – edycja 2024

*WZÓR*

**KARTA OCENY OFERTY**

**realizacji zadania publicznego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych − edycja 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres siedziby oferenta** |  |
| Numer oferty |  |
| **Koszt całkowity oferty (w zł),** **w tym:** |  |
| 1. **wnioskowana kwota środków Funduszu Solidarnościowego**
 | Koszty bezpośrednio związane z realizacją usług asystencji osobistej: ………………………………….Koszty pośrednio związane z realizacją usług asystencji osobistej (koszty administracyjne): ……………………………….. |
| 1. **wkład własny (TAK/NIE)**
 |  |
| **Termin rozpoczęcia realizacji Zadania**  |  |
| **Termin zakończenia realizacji Zadania** |  |
| **I. OCENA FORMALNA OFERTY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | ***Tak***  | ***Nie***  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów |
| Oferta została złożona przez uprawniony podmiot |  |  |
| Oferta jest kompletna i prawidłowo wypełniona zgodnie z obowiązującym wzorem i została złożona w terminie |  |  |
| Oferta zawiera wszystkie wymagane załączniki |  |  |
| Oświadczenie o złożeniu oferty w Generatorze Funduszu Solidarnościowego zostało podpisane przez upoważnione osoby |  |  |
| **Ocena formalna (oferta przyjęta)** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **II. OCENA MERYTORYCZNA**  |
| Kryteria obligatoryjne oceny merytorycznej | ***Tak*** | ***Nie*** |  |
| **Adekwatność oferty w odniesieniu do celów Programu** |
| 1. usługi asystencji osobistej będą skierowane do osób będących adresatami Programu, określonych w części III ust. 2 Programu
 |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów  |
| 1. osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, określone w części III ust. 3 pkt 2 Programu, będą stanowiły minimum 70% uczestników Programu
 |  |  |
| 1. usługi asystencji osobistej świadczyć będą osoby, które spełniają warunki określone, w części IV ust. 5 Programu
 |  |  |
| 1. usługi asystencji osobistej będą polegały na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym w zakresie określonym w części IV ust. 11 Programu
 |  |  |
| **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych w ofercie** |
| 1. usługi asystencji osobistej poprawią funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami w ich środowisku, zwiększą możliwość zaspokajania ich potrzeb oraz włączą je w życie społeczne
 |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia wymienionego kryterium |
| **Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje oferta** |
| 1. powiązanie kosztów z celem Programu
 |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionychkryteriów |
| 1. prawidłowość sporządzenia kalkulacji oferty na środki finansowe z Programu, w tym w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania (prawidłowość sporządzenia budżetu, jego kompleksowość i czytelność, zachowanie progów procentowych kosztów, kwalifikowalność kosztów, adekwatność proponowanych kwot do planowanych działań, zasadność przyjętych stawek jednostkowych w odniesieniu do średnich cen rynkowych, relacje kosztów do planowanych rezultatów)
 |  |  |
| **Zdolność organizacyjna podmiotu oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań** |
| 1. podmiot posiada statutowe postanowienie o prowadzeniu działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami
 |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów |
| 1. podmiot faktycznie prowadzi działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami przez okres co najmniej 3 lat przed dniem złożenia oferty na realizację Programu
 |  |  |
| 1. podmiot posiada zasoby osobowe/rzeczowe/lokalowe i finansowe do realizacji zadań
 |  |  |
| **Ocena merytoryczna – kryteria obligatoryjne (oferta przyjęta)** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kryteria fakultatywne oceny merytorycznej | **Punkty** |
| **Adekwatność oferty w odniesieniu do celów Programu** (maksymalnie 2 pkt) |
| 1. zadanie będzie realizowane na obszarze jednej gminy

(0 lub 1 pkt) |  |
| 1. zadanie będzie realizowane na obszarze więcej niż jednej gminy

(0 lub 2 pkt) |  |
| **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych w ofercie** (maksymalnie 2 pkt) |
| 1. planowana liczba osób z niepełnosprawnościami wymagających wysokiego poziomu wsparcia, o których mowa w części III ust. 3 pkt 2 Program, wynosić będzie 70% - 90% uczestników Programu (0 lub 1 pkt)
 |  |
| 1. planowana liczba osób z niepełnosprawnościami wymagających wysokiego poziomu wsparcia, o których mowa w części III ust. 3 pkt 2 Program, wynosić będzie 91% - 100% uczestników Programu (0 lub 2 pkt)
 |  |
| **Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje oferta** (maksymalnie 2 pkt) |
| 1. planowany udział środków własnych/środków pochodzących z innych źródeł wynosi 1 - 2% sumy wszystkich kosztów realizacji zadania

(0 lub 1 pkt) |  |
| 1. planowany udział środków własnych/środków pochodzących z innych źródeł wynosi powyżej 2% sumy wszystkich kosztów realizacji zadania (0 lub 2 pkt)
 |  |
| **Zdolność organizacyjna podmiotu oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań**(0 lub 2 pkt) |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług asystencji osobistej realizowanych w ramach programów finansowanych z Funduszu Solidarnościowego w edycji z roku 2023 r. oraz co najmniej jednej z wcześniejszych edycji tych programów (0 lub 2 pkt)
 |  |
| **Ocena merytoryczna – kryteria fakultatywne** (maksymalnie 8 pkt) | **.......... pkt** |

Opinia komisji konkursowej na temat oferty:

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

Podpisy członków komisji konkursowej:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 ZATWIERDZAM

……….……………….…………………………………..

data i podpis Przewodniczącego komisji konkursowej