Załącznik nr 12 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2022

*WZÓR*

**KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU**

**na środki finansowe w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022**

| **Wnioskodawca (nazwa i adres gminy/powiatu)** |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku**  |  |
| **Koszt całkowity wniosku (w zł),** **w tym:** |  |
| **- wnioskowana kwota z Funduszu Solidarnościowego** |  |
| **- wkład własny (TAK/NIE)** |  |
| **Dane dot. godzin usług asystenta:** |
| **- koszty 1 godziny** |  |
| **- ilość godzin**  |  |
| **I. OCENA FORMALNA WNIOSKU** |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | ***Tak*** | ***Nie*** |  |
| 1) Kompletnie i prawidłowo wypełniony wniosek zgodnie z obowiązującym wzorem, przesłany w terminie i na właściwy adres |   |   | W przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów – ocena 0 pkt |
| 2) Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia z tytułu świadczenia usług asystencji osobistej nie przekracza 40 zł brutto, limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż limity wskazane w pkt IV.18 Programu  |   |   |
| 3) Czy wniosek został złożony przez uprawniony podmiot tj. gminę/powiat |  |  |  |
| **Ocena formalna (wniosek przyjęty – 1 pkt, odrzucony – 0 pkt)**  | **....... pkt**  |

| **II. OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU** |
| --- |
| ***1. Kryteria oceny merytorycznej* *(ustawowe)*** | *Skala oceny* *(0-1 pkt)*  |
| Zgodnie z art. 13 ust. 6 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym pod uwagę brane są następujące kryteria: 1. adekwatność wniosku w odniesieniu do celów programu
 |  |
| 1. potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku
 |  |
| 1. zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek
 |  |
| 1. zdolność organizacyjną wnioskodawcy oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań
 |  |
| **Ocena merytoryczna ustawowa** (*maksymalnie 4 pkt)* | **.......... pkt** |
| ***2. Dodatkowe kryteria oceny merytorycznej*** | *Skala oceny* *(0-3 pkt)* |
| 1. ocena kalkulacji kosztów realizacji usług asystenta pod względem spójności z opisem działań, a także adekwatności i celowości w odniesieniu do przedstawionego zakresu rzeczowego zadania
 |  |
| 1. planowana liczba uczestników Programu, w tym w szczególności planowana liczba osób niepełnosprawnych wymagających wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją
 |  |
| **Dodatkowa ocena merytoryczna** *(maksymalnie 6 pkt)* | **.......... pkt**  |
| **ŁĄCZNA OCENA WNIOSKU** *(maksymalnie 11 pkt)***(punkty oceny formalnej + punkty oceny merytorycznej)**  | **......... pkt**  |

 **DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI USŁUG ASYSTENTA**

TAK NIE

**UWAGI**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość, dnia ……………