Załącznik nr 12 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024

*WZÓR*

**KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU**

**na środki finansowe w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres gminy/powiatu** |  |
| Numer wniosku |  |
| **Koszt całkowity wniosku (w zł),** **w tym:** |  |
| 1. **wnioskowana kwota środków Funduszu Solidarnościowego**
 | Koszty Zadania: ………………..Koszty obsługi Programu: …………………… |
| 1. **wkład własny (TAK/NIE)**
 |  |
| **Termin rozpoczęcia realizacji Zadania**  |  |
| **Termin zakończenia realizacji Zadania** |  |
| **I. OCENA FORMALNA WNIOSKU** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | ***Tak***  | ***Nie***  |  |
| Wniosek jest kompletnie i prawidłowo wypełniony zgodnie z obowiązującym wzorem i został złożony w terminie |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów |
| Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki |  |  |
| Oświadczenie o złożeniu wniosku w Generatorze Funduszu Solidarnościowego zostało podpisane przez upoważnione osoby |  |  |
| **Ocena formalna (wniosek przyjęty)** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **II. OCENA MERYTORYCZNA**  |
| Kryteria oceny merytorycznej | ***Tak*** | ***Nie*** |  |
| **Adekwatność wniosku w odniesieniu do celów Programu** |
| 1. usługi asystencji osobistej będą skierowane do osób będących adresatami Programu, określonych w części III ust. 2 Programu
 |  |  | Wniosek odrzucony 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. 4 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. 10 Programu
 |  |  |
| **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku** |
| 1. usługi asystencji osobistej poprawią funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami w ich środowisku, zwiększą możliwość zaspokajania ich potrzeb oraz włączą je w życie społeczne
 |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia wymienionego kryterium |
| **Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek** |
| 1. powiązanie kosztów z celem Programu
 |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów |
| 1. prawidłowość sporządzenia kalkulacji wniosku na środki finansowe z Programu, w tym planowane źródła finansowania zadania
 |  |  |
| **Zdolność organizacyjna podmiotu oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań** |
| 1. gmina/powiat posiada odpowiednie zasoby kadrowe do realizacji zadań
 |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia wymienionego kryterium |
| **Ocena merytoryczna - obligatoryjna (wniosek przyjęty)** |  |  |  |
| **Łączna ocena WNIOSKU (wniosek przyjęty)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tak** | **Nie** |

 |

Opinia Zespołu na temat wniosku:

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

Podpisy członków Zespołu:

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

 ZATWIERDZAM

 ……….……………….…………

data i podpis Przewodniczącego Zespołu