Załącznik nr 9 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

WZÓR

**KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU**

**na środki finansowe w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 (tj. wszystkie pola wniosku zostały wypełnione merytoryczną treścią) i został złożony w terminie |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego  z wymienionych  kryteriów |
| Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki |  |  |
| Upoważnienie do podejmowania czynności 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 opieki wytchnieniowej będą skierowane do osób, określonych w części IV ust. 1 Programu, z uwzględnieniem warunków określonych w części IV ust. 2 Programu |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego  z wymienionych  kryteriów |
| 1. usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone w co najmniej jednej z dwóch form, określonych w części V ust. 6 pkt 1 i 2 Programu |  |  |
| 1. w przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu dziennego, w wymiarze powyżej 4 godzin dziennie lub w ramach pobytu całodobowego, ośrodek/placówka przyjmująca osobę z niepełnosprawnością będą miały obowiązek zapewnić wyżywienie, które spełnia warunki określone, w części V ust. 10 Programu |  |  |
| **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku** | | | |
| 1. usługi opieki wytchnieniowej umożliwią uzyskanie doraźnej, czasowej pomocy poprzez odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie, a także mogą służyć okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodziny lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków |  |  | 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 jednego  z wymienionych  kryteriów |
| 1. prawidłowość sporządzenia kalkulacji wniosku 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. 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 oceniającego na temat wniosku:

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

Podpisy członków zespołu oceniającego:

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

ZATWIERDZAM

……….……………….…………

data i podpis Przewodniczącego zespołu oceniającego