**Informacja uzupełniająca gminy/powiatu na środki finansowe**

**z Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

**– dodatkowe kryteria oceny merytorycznej.**

**SPECJALISTYCZNE PORADNICTWO**

|  |
| --- |
| **Nazwa powiatu:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoby odpowiedzialne za kontakty robocze  (*imię i nazwisko, telefon*, *adres e-mail)* | | |  |
| **1.** | **Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji zadań podobnego rodzaju** *(w tym wskazanie ewentualnej realizacji usług opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa)*  (należy uwzględnić posiadanie wiedzy i doświadczenia wnioskodawcy w realizacji zadań  w poprzednich latach, w szczególności w zakresie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych oraz członków ich rodzin lub opiekunów, zdolność organizacyjną wnioskodawcy oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań) | | |
| **Doświadczenie wnioskodawcy**  *(w opisie należy uwzględnić także nazwy programów, ich charakter, daty i okres realizacji, ich zasięg terytorialny, liczba beneficjentów, osiągnięte efekty, ich trwałość itp.)* | |  | |
| **2.** | **Kadra - kwalifikacje osób, przy udziale których realizowane będzie zadanie**  *(należy**opisać jaką kadrą dysponuje lub będzie dysponował na czas realizacji Programu wnioskodawca, zdolną do realizacji zadania w zakresie wskazanym poniżej w pkt a i b)* | | |
| **a) Koordynator usług**  *(należy opisać jego kwalifikacje w odniesieniu do wymagań pkt XI.6.2 ust. 2) Programu)* | |  | |
| **b) Osoby wykonujące usługi opieki wytchnieniowej w formie poradnictwa specjalistycznego –**  *(należy opisać kwalifikacje – formalne i/lub doświadczenie w odniesieniu do wymagań Programu)* | |  | |
| **3.** | **Zasięg oddziaływania i dostępność dla odbiorców**  **Należy krótko:**  **w pkt a przedstawić w wymiarze ilościowym** charakterystykę osób niepełnosprawnych w powiecie (liczba osób niepełnosprawnych, w tym dzieci do 16 r., wg stopni niepełnosprawności, ew. wg orzeczeń o niepełnosprawności dzieci ze wskazaniami 7 i/lub 8, wg wieku, wg płci)  **w pkt b określić przewidywaną liczbę ogółem uczestników** Programu oraz **oddzielnie liczbę członków rodzin lub opiekunów** sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi wymagającymi wysokiego poziomu wsparcia, z uwzględnieniem osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją  **w pkt c określić sposób i zasięg informowania o Programie oraz sposób naboru uczestników** Programu, w tym członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi wymagającymi wysokiego poziomu wsparcia | | |
| a) |  | | |
| b) |  | | |
| c) |  | | |

**……………………………………………………….….**

miejscowość i data podpis starosty/

prezydenta miasta

lub osoby upoważnionej