**Załącznik**  do procedury tworzenia, organizowania i finansowania
 środowiskowych domów samopomocy w województwie mazowieckim

**KARTA OCENY WNIOSKÓW W ZAKRESIE PRZYZNANIA DOTACJI**

**NA ZADANIA ZWIĄZANE Z ROZWOJEM SIECI OŚRODKÓW WSPARCIA DLA OSÓB**

**Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W …………….R.**

Gmina/ Powiat:…………………………………………………………………………………………………

Data wpływy wniosku do MUW:……………………………………………………………………….

Numer sprawy w EZD:……………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Kryteria formalno-merytoryczne** |
| **1.** Wniosek został złożony przez uprawniony podmiot.  | □ TAK  | □ NIE |
| **2.** Wniosek został podpisany przez osoby uprawnione.  | □ TAK  | □ NIE |
| **3.** Wniosek jest kompletny (zawiera wszystkie załączniki wymienione w procedurze tworzenia, organizowania i finansowania środowiskowego domu samopomocy, w tym posiada diagnozę sporządzoną na podstawie danych z wymienionych w procedurze źródeł).  | □ TAK | □ NIE |
| **4.** Wniosek dotyczy środków inwestycyjnych: 1. utworzenia nowego śds,
2. dokończenia zadania rozpoczętego w ubiegłym roku,
3. zakupów inwestycyjnych.
 | □ TAK□ TAK□ TAK□ TAK | □ NIE |
| **5.** Wniosek dotyczy wydatków bieżących:1. uruchomienia nowych miejsc, w tym:

- dla osób ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnościami sprzężonymi,1. miejsc pobytu całodobowego,
2. wyposażenia
3. środków remontowych
 | □ TAK□ TAK□ TAK□ TAK□ TAK□ TAK | □ NIE |
| **6.** Utworzenie nowego śds:- liczba uruchamianych nowych miejsc………,- koszt uruchomienia nowego miejsca………zł, |  |  |
| **7.** Utworzenie nowych miejsc w istniejących śds:- liczba uruchamianych nowych miejsc: ………,w tym:- dla osób ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnościami sprzężonymi: ………… |  |  |
| **8.** Ocena negatywna: - brak zasadności tworzenia nowego śds na terenie gminy/powiatu,- realizacja zadań kwalifikuje się do wydatków bieżących w ramach comiesięcznej kwoty dotacji - inne (opisać jakie) | □ TAK□ TAK□ TAK | □ NIE |
| **9.** Ocena pozytywna  | □ TAK | □ NIE |
| **UWAGI DOTYCZĄCE OCENY WNIOSKU** |
|  |

Data sporządzenia oceny ………………………….

Podpisy osób dokonujących oceny (imię, nazwisko, stanowisko służbowe)

1.

2.

3.

4.

5.