Załącznik nr 9 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

WZÓR

**KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU**

**na środki finansowe w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" 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 (tj. wszystkie pola wniosku zostały wypełnione merytoryczną treścią) 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 opieki wytchnieniowej będą skierowane do osób będących adresatami Programu, określonych w części IV ust. 1 Programu, z uwzględnieniem warunków określonych w części IV ust. 2 Programu
 |  |  | Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednegoz 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 jednegoz 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