Załącznik nr 2 do Wniosku/ aktualizacji wniosku gminy/powiatu na środki finansowe z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

*WZÓR*

**INFORMACJE OPISOWE**

**do wniosku/ aktualizacji wniosku gminy/powiatu na środki finansowe w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | Data wypełnienia wniosku: | |
| Pierwszy wniosek □  Aktualizacja wniosku □ | |
| **1.** | **Dane dotyczące wnioskodawcy** | |
|  | Gmina/powiat |  |
| Adres  (województwo, powiat, miejscowość) |  |
| Imię i nazwisko, telefon, adres e-mail osoby do kontaktów |  |
| **2.** | **Kryteria oceny merytorycznej** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1) Adekwatność wniosku w odniesieniu do celów programu** | | |
| a) | Usługi asystencji osobistej będą skierowane do osób będących adresatami Programu, określonych w części III ust. 2 Programu  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| b) | Osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, określone w części III ust. 3 pkt 2 Programu, będą stanowiły minimum 70% uczestników Programu  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| c) | Usługi asystencji osobistej świadczyć będą osoby, które spełniają warunki określone, w części IV ust. 4 Programu  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| d) | Usługi asystencji osobistej będą polegały na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością we różnych sferach życia, w tym w zakresie określonym w części IV ust. 10 Programu  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| **2)** **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku** | | |
| a) | Usługi asystencji osobistej poprawią funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami w ich środowisku, zwiększą możliwość zaspokajania ich potrzeb oraz włączą je w życie społeczne  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| **3) Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek** | | |
| a) | Powiązanie kosztów z celem Programu  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| b) | Prawidłowość sporządzenia kalkulacji wniosku na środki finansowe z Programu, w tym planowane źródła finansowania zadania  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| **4)** **Zdolność organizacyjna wnioskodawcy oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań** | | |
| a) | Gmina/Powiat posiada odpowiednie zasoby kadrowe do realizacji zadań  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |

………………………………………………….

Miejscowość i data

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis wójta/burmistrza/prezydenta miasta/starosty lub osoby upoważnionej