Załącznik nr 10 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa − edycja 2023

WZÓR

**KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU**

**na środki finansowe w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2023**

| **Wnioskodawca (nazwa i adres gminy/powiatu)** | |  |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer wniosku** | |  |  | | | |
| **Koszt całkowity wniosku (w zł),**  **w tym:** | |  |  | | | |
| **- wnioskowana kwota środków Funduszu Solidarnościowego** | |  |  | | | |
| **- wkład własny (TAK/NIE)** | |  |  | | | |
|  | **Dane dot. godzin usług opieki wytchnieniowej:** | | | | | |
| koszty 1 godziny – opieka dzienna | |  |  | | | |
| koszty 1 dnia – opieka całodobowa | |  |  | | | |
| liczba godzin – opieka dzienna | |  |  | | | |
| liczba dni – opieka całodobowa | |  |  | | | |
|  | **I. OCENA FORMALNA WNIOSKU** | | | | | |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | | | ***Tak*** | ***Nie*** | ***Opis braku formalnego*** |  |
| 1) Kompletnie wypełniony wniosek zgodnie z obowiązującym wzorem, przesłany w terminie, we właściwej formie i na właściwy adres | | |  |  |  | W przypadku nie spełnienia jednego z wymienionych kryteriów – ocena 0 pkt |
| 2) Czy wniosek został złożony przez uprawniony podmiot | | |  |  |  |
| 3) Czy wniosek został podpisany przez osobę, osoby uprawnione | | |  |  |  |
| 4) Czy do wniosku zostały załączone wymagane załączniki  - kalkulacja kosztów (zał. 1 do Wniosku gminy/powiat)  - informacje opisowe (zał. 2 do Wniosku gminy/powiat) | | |  |  |  |  |
|  | **Ocena formalna (wniosek przyjęty – 1 pkt, odrzucony – 0 pkt)** | | | | | **....... pkt** |

| **II. OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU** | |
| --- | --- |
| ***1. Kryteria oceny merytorycznej* *(ustawowe)*** | *Skala oceny*  *(0-3 pkt)* |
| Zgodnie z art. 13 ust. 6 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym pod uwagę brane są następujące kryteria: |  |
| 1. adekwatność wniosku w odniesieniu do celów Programu (np. planowana liczba uczestników Programu, w tym w szczególności planowana liczba osób niepełnosprawnych wymagających wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją, zakres opieki wytchnieniowej będzie odciążał członków rodzin/ opiekunów w codziennych obowiązkach sprawowania opieki nad ON, dzięki czemu osoby te przeznacza ten czas na odpoczynek, regenerację, zadbanie o własne zdrowie) |  |
| 1. potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku ( np. doraźna pomoc dla opiekunów/ członków rodzin ON, umożliwienie opiekunom/ członkom rodziny ON podejmowania   innych zadań niezbędnych do funkcjonowania rodziny, prowadzenia gospodarstwa domowego, zadbania o własne zdrowie fizyczne i psychiczne) |  |
| 1. zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek (np. powiązanie kosztów z celem Programu, wykazanie zasadności wysokości wydatków) |  |
| 1. zdolność organizacyjna wnioskodawcy (np. doświadczenie wnioskodawcy w realizacji zadań podobnego rodzaju, kwalifikacje osób, przy udziale których realizowane będzie zadanie, zasięg oddziaływania i dostępność dla odbiorców) |  |
| **Ocena merytoryczna ustawowa** (*maksymalnie 12 pkt)* | **.......... pkt** |
| ***2. Dodatkowe kryteria oceny merytorycznej*** | *Skala oceny*  *(0-3 pkt)* |
| 1. ocena kalkulacji kosztów realizacji usług opieki wytchnieniowej (np. koszt świadczenia usług opieki wytchnieniowej – zasady ustalenia wysokości kosztów świadczenia usług, prawidłowość rachunkowa kalkulacji kosztów) |  |
| **Dodatkowa ocena merytoryczna** *(maksymalnie 3 pkt)* | **.......... pkt** |
| **ŁĄCZNA OCENA WNIOSKU** *(maksymalnie 16 pkt)*  **(punkty oceny formalnej + punkty oceny merytorycznej + punkty dodatkowej oceny merytorycznej)** | **......... pkt** |

**DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ:**

TAK NIE

**UWAGI:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Miejscowość, dnia ………………………….....