*Załącznik nr 11 do Programu*

*Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

 *− edycja 2021*

WZÓR

**KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU**

**na środki finansowe w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca (nazwa i adres gminy/powiatu)** |  |
| **Numer wniosku**  |  |
| **Koszt całkowity wniosku (w zł),** **w tym:** |  |
| **- wnioskowana kwota z Funduszu Solidarnościowego** |  |
| **- koszty bezpośrednie**  |  |
| **- koszty pośrednie**  |  |
| **- wkład własny (TAK/NIE)** |  |
| **Dane dot. godzin usług asystenta:** |
| **- koszty 1 godziny: forma dzienna/forma całodobowa/specjalistyczne poradnictwo** |  |
| **- ilość godzin w ramach: formy dziennej/formy całodobowej/specjalistyczne poradnictwo** |  |
| **I. OCENA FORMALNA WNIOSKU** |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | ***Tak***  | ***Nie*** |  |
| 1) Kompletnie i prawidłowo wypełniony wniosek zgodnie z obowiązującym wzorem, przesłany w terminie i na właściwy adres |   |   | W przypadku nie spełnienia jednegoz wymienionych kryteriów – ocena 0 pkt |
| 2) Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki  |   |   |
| 3) Wniosek zawiera kalkulację przewidywanych kosztów realizacji zadania, skonstruowaną w jasny i przejrzysty sposób oraz spełnia nw. warunek: |   |   |
|  - wniosek został złożony przez uprawniony podmiot (gminę/powiat) |  |  |
| **Ocena formalna (wniosek przyjęty – 1 pkt, odrzucony – 0 pkt)**  | **....... pkt**  |

|  |
| --- |
| **II. OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU** |
| ***1. Kryteria oceny merytorycznej* *(ustawowe)*** | *Skala oceny* *(0-1 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**
 |  |
| 1. **potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku**
 |  |
| 1. **zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek**
 |  |
| 1. **zdolność organizacyjną wnioskodawcy oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań**
 |  |
| **Ocena merytoryczna ustawowa (***maksymalnie 4 pkt)* | **.......... pkt** |
| ***2. Dodatkowe kryteria oceny merytorycznej*** | *Skala oceny* *(0-3 pkt****)*** |
| 1. **doświadczenie wnioskodawcy w realizacji zadań podobnego rodzaju**

(posiadanie wiedzy i doświadczenia w realizacji zadań w poprzednich latach, w tym w szczególności w zakresie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych) |  |
| 1. **kadra - kwalifikacje osób, przy udziale których realizowane będzie zadania:**

a) koordynator usług, b) wnioskodawca wykaże, że dysponuje lub będzie dysponował na czas realizacji Programu osobami zdolnymi koordynować i wykonywać usługi asystenta. |  |
| 1. **spójność kalkulacji kosztów z opisem działań,** w tym:

adekwatności i celowości w odniesieniu do przedstawionego zakresu rzeczowego zadania. |  |
| 1. **zasięg oddziaływania i dostępność dla odbiorców:**

określenie przewidywanej liczby uczestników Programu, w tym: a) planowana liczba osób niepełnosprawnych, w tym dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności wymagających wysokiego poziomu wsparcia, w tym:b) planowana liczba osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją. |  |
| **Dodatkowa ocena merytoryczna *(****maksymalnie 12 pkt****)***  | **.......... pkt**  |
| **ŁĄCZNA OCENA WNIOSKU (***maksymalnie 17 pkt)***(punkty oceny formalnej + punkty oceny merytorycznej)**  | **......... pkt**  |

**DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI USŁUG ASYSTENTA**

TAK NIE

**UWAGI**

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

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

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

 Miejscowość, dnia …………… 2020 r.