**Informacja uzupełniająca gminy/powiatu na środki finansowe**

**z Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

**– dodatkowe kryteria oceny merytorycznej.**

**SPECJALISTYCZNE PORADNICTWO**

|  |
| --- |
| **Nazwa powiatu:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Osoby odpowiedzialne za kontakty robocze (*imię i nazwisko, telefon*, *adres e-mail)* |  |
| **1.** | **Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji zadań podobnego rodzaju** *(w tym wskazanie ewentualnej realizacji usług opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa)*(należy uwzględnić posiadanie wiedzy i doświadczenia wnioskodawcy w realizacji zadań w poprzednich latach, w szczególności w zakresie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych oraz członków ich rodzin lub opiekunów, zdolność organizacyjną wnioskodawcy oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań) |
|  **Doświadczenie wnioskodawcy** *(w opisie należy uwzględnić także nazwy programów, ich charakter, daty i okres realizacji, ich zasięg terytorialny, liczba beneficjentów, osiągnięte efekty, ich trwałość itp.)*  |  |
| **2.** | **Kadra - kwalifikacje osób, przy udziale których realizowane będzie zadanie** *(należy**opisać jaką kadrą dysponuje lub będzie dysponował na czas realizacji Programu wnioskodawca, zdolną do realizacji zadania w zakresie wskazanym poniżej w pkt a i b)*  |
| **a) Koordynator usług***(należy opisać jego kwalifikacje w odniesieniu do wymagań pkt XI.6.2 ust. 2) Programu)* |  |
| **b) Osoby wykonujące usługi opieki wytchnieniowej w formie poradnictwa specjalistycznego –** *(należy opisać kwalifikacje – formalne i/lub doświadczenie w odniesieniu do wymagań Programu)* |  |
| **3.** | **Zasięg oddziaływania i dostępność dla odbiorców****Należy krótko:****w pkt a przedstawić w wymiarze ilościowym** charakterystykę osób niepełnosprawnych w powiecie (liczba osób niepełnosprawnych, w tym dzieci do 16 r., wg stopni niepełnosprawności, ew. wg orzeczeń o niepełnosprawności dzieci ze wskazaniami 7 i/lub 8, wg wieku, wg płci)**w pkt b określić przewidywaną liczbę ogółem uczestników** Programu oraz **oddzielnie liczbę członków rodzin lub opiekunów** sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi wymagającymi wysokiego poziomu wsparcia, z uwzględnieniem osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją**w pkt c określić sposób i zasięg informowania o Programie oraz sposób naboru uczestników** Programu, w tym członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi wymagającymi wysokiego poziomu wsparcia  |
| a)  |  |
| b)  |  |
| c)  |  |

**……………………………………………………….….**

miejscowość i data podpis starosty/

prezydenta miasta

lub osoby upoważnionej