Załącznik nr 2 do Wniosku/ aktualizacji wniosku gminy/powiatu na środki finansowe z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (załącznik nr 17 do Programu)

*WZÓR*

**INFORMACJE OPISOWE**

**do wniosku/ aktualizacji wniosku gminy/powiatu na środki finansowe w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | Data wypełnienia wniosku: | | |
| Pierwszy wniosek □  Aktualizacja wniosku □ | | |
| Termin rozpoczęcia realizacji Zadania | |  |
| Termin zakończenia realizacji Zadania | |  |
| **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 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  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| b) | Usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone w co najmniej jednej z dwóch form, określonych w części V ust. 6 pkt 1 i 2 Programu  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| c) | 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  *(opisać, w jaki sposób kryterium zostanie spełnione)* |  |
| **2)** **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku** | | |
| a) | 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  *(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 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)  *(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