**Załącznik nr 8a do Programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne”**

*WZÓR*

**KARTA OCENY WNIOSKU DLA WOJEWODY**

**MODUŁ II**

***„Centra opiekuńczo-mieszkalne”***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres gminy/powiatu** |  |
| Nazwa zadania |  |
| **Planowany adres bazy lokalowej Centrum** |  |
| **Forma pobytu** | a) dzienny ilość osób …...  b) całodobowy ilość osób …… |
| **Planowane źródło finansowania zadania:** | 1. wyłącznie środki Funduszu Solidarnościowego tak/nie 2. środki własne tak/nie |
| **Wnioskowana kwota** | funkcjonowanie Centrum …………………………. |
| **Termin otwarcia Centrum** |  |
| **I. OCENA FORMALNA WNIOSKU** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | ***Tak*** | ***Nie*** |  | |
| 1) wypełniony wniosek zgodnie z obowiązującym wzorem, przesłany w terminie i na właściwy adres; |  |  | W przypadku nie spełnienia jednego  z wymienionych  kryteriów – ocena 0 pkt | |
| 2) Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki; |  |  |
| 3) Wniosek i załączniki zostały podpisane przez upoważnione osoby, a w przypadku przedłożenia papierowej kopii dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem; |  |  |
| **Ocena formalna (wniosek przyjęty – 1 pkt, odrzucony – 0 pkt)** | | | | **....... pkt** |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. OCENA MERYTORYCZNA** | |
| Kryteria oceny merytorycznej | **Punkty** |
| **Adekwatność wniosku w odniesieniu do celów programu** (1 pkt za każde kryterium, maksymalnie 6 pkt za wszystkie kryteria):   1. wzmocnienie dotychczasowego systemu wsparcia poprzez rozszerzenie usług dla dorosłych osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 2. umożliwienie niezależnego, samodzielnego i godnego funkcjonowania na miarę możliwości i potrzeb osób niepełnosprawnych 3. poprawa jakości życia uczestników Programu w ich środowisku lokalnym, poprzez zapewnienie dostępności do Centrów w pobliżu miejsca zamieszkania 4. zapewnienie uczestnikom Programu pomocy adekwatnej do potrzeb i możliwości wynikających z wieku i stanu zdrowia 5. włączenie uczestników Programu do życia społeczności lokalnych 6. wsparcie finansowe jednostek samorządu terytorialnego w realizacji zadań na rzecz osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem tych gmin/powiatów lub województw, w których występuje najniższa liczba Centrów i najwyższa liczba osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, przypadających na jedno Centrum, zgodnie z przyjętym w Programie założeniem |  |
| **Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku** (2 pkt za kryterium) |  |
| **Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek** (2 pkt za kryterium) |  |
| **Zdolność organizacyjna wnioskodawcy oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań** (2 pkt za kryterium) |  |
| **Ocena merytoryczna (max 12 pkt)** | **.......... pkt** |
| **Łączna ocena WNIOSKU (max. 13 pkt) (punkty oceny formalnej + punkty oceny merytorycznej)** | **......... pkt** |

Opinia Zespołu na temat wniosku:

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Podpisy członków Zespołu:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Podpis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ZATWIERDZAM

……….……………….…………

data i podpis Przewodniczącego Zespołu