

WZÓR

KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
 Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Nazwa i adres gminy/powiatu			
Numer wniosku			
Koszt całkowity wniosku (w zł), w tym:			
a) wnioskowana kwota środków Funduszu Solidarnościowego	Koszty Zadania: Koszty obsługi Programu:		
b) wkład własny (TAK/NIE)			
Termin rozpoczęcia realizacji Zadania			
Termin zakończenia realizacji Zadania			
I. OCENA FORMALNA WNIOSKU			
Kryteria oceny formalnej	Tak	Nie	
Wniosek jest kompletnie i prawidłowo wypełniony zgodnie z obowiązującym wzorem (tj. wszystkie pola wniosku zostały wypełnione merytoryczną treścią) i został złożony w terminie			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego z wymienionych kryteriów
Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki			
Upoważnienie do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego zostało podpisane przez upoważnione osoby			
Ocena formalna (wniosek przyjęty)			

II. OCENA MERYTORYCZNA			
<i>Kryteria oceny merytorycznej</i>	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	
Adekwatność wniosku w odniesieniu do celów Programu			
1) usługi asystencji osobistej będą skierowane do osób będących adresatami Programu, określonych w części III ust. 2 Programu			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego z wymienionych kryteriów
2) osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, określone w części III ust. 3 pkt 2 Programu, będą stanowiły minimum 50% uczestników Programu			
3) usługi asystencji osobistej świadczyć będą osoby, które spełniają warunki określone, w części IV ust. 4 Programu			
4) usługi asystencji osobistej będą polegały na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym w zakresie określonym w części IV ust. 17 Programu			
Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku			
1) usługi asystencji osobistej poprawią funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami w ich środowisku, zwiększą możliwość zaspokajania ich potrzeb oraz włączą je w życie społeczne			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia wymienionego kryterium
Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje wniosek			
1) powiązanie kosztów z celem Programu			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego z wymienionych kryteriów
2) 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)			
Zdolność organizacyjna podmiotu oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań			
1) gmina/powiat posiada odpowiednie zasoby kadrowe do realizacji zadań			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia wymienionego kryterium
Ocena merytoryczna - obligatoryjna (wniosek przyjęty)			
ŁĄCZNA OCENA WNIOSKU (wniosek przyjęty)	Tak		Nie

Dodatkowe informacje brane pod uwagę przy podziale kwoty dofinansowania:

1.	gmina/powiat posiada Lokalny Planu Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2.	gmina/powiat zleci realizację usług organizacjom i podmiotom, o których mowa w części IV ust. 36 pkt 2 Programu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3.	populacja mieszkańców gminy/powiatu
4.	wysokość wykorzystanych środków Funduszu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025%

Opinia Zespołu na temat wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Zespołu:

Imię i nazwisko	Podpis

ZATWIERDZAM

.....
data i podpis Przewodniczącego Zespołu