

WZÓR

KARTA OCENY WNIOSKU GMINY/POWIATU

**na środki finansowe w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” 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 w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, zostało wypełnione prawidłowo, w szczególności, zostało podpisane przez upoważnione osoby			
Ocena formalna (wniosek przyjęty)			

II. OCENA MERYTORYCZNA			
Kryteria oceny merytorycznej	Tak	Nie	
Adekwatność wniosku w odniesieniu do celów Programu			
1) usługi opieki wytchnieniowej będą skierowane do osób, określonych w części IV ust. 1 Programu, z uwzględnieniem warunków określonych w części IV ust. 2 Programu			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego z wymienionych kryteriów
2) usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone w co najmniej jednej z dwóch form, określonych w części V ust. 6 pkt 1 i 2 Programu			
3) w przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej, o których mowa w części V ust. 6 pkt 1 lit. a-d albo f Programu, będą świadczone w wymiarze powyżej 4 godzin dziennie oraz w przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej, o których mowa w części V ust. 6 pkt 2 lit. a-g albo lit. i Programu, realizator Programu będzie miał obowiązek zapewnić wyżywienie, które spełnia warunki określone, w części V ust. 10 Programu			
Potencjalny wpływ zadań na beneficjentów, w tym także trwałość rezultatów zadań zawartych we wniosku			
1) 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			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			

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)			Wniosek odrzucony w przypadku nie spełnienia jednego z wymienionych kryteriów
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 ☐ Nie ☐
2.	gmina/powiat zleci realizację usług organizacjom lub podmiotom, o których mowa w części V ust. 34 pkt 2 Programu	Tak ☐ Nie ☐
3.	populacja mieszkańców gminy/powiatu wynosi:	
4.	wysokość wykorzystanych środków Funduszu w poprzednich edycjach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego (należy uwzględnić środki wykorzystane w ramach ostatniego zrealizowanego Programu)	%

Opinia zespołu oceniającego na temat wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków zespołu oceniającego:

Imię i nazwisko	Podpis

ZATWIERDZAM

.....

data i podpis Przewodniczącego zespołu
oceniającego