Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026

*WZÓR*

**KARTA OCENY OFERTY**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych − edycja 2026**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres siedziby oferenta** |  |
| Numer oferty |  |
| **Koszt całkowity oferty (w zł),**  **w tym:** |  |
| 1. **wnioskowana kwota ze środków Funduszu Solidarnościowego** | Koszty bezpośrednio związane z realizacją usług opieki wytchnieniowej: ………………………………….  Koszty pośrednio związane z realizacją usług opieki wytchnieniowej (koszty administracyjne): ……………………… |
| 1. **wkład finansowy własny (TAK/NIE)** |  |
| **Termin rozpoczęcia realizacji Zadania** |  |
| **Termin zakończenia realizacji Zadania** |  |
| **I. OCENA FORMALNA OFERTY** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Kryteria oceny formalnej*** | ***Tak*** | ***Nie*** | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednego  z wymienionych  kryteriów |
| Oferta została złożona przez uprawniony podmiot |  |  |
| Oferta jest kompletna i prawidłowo wypełniona zgodnie z obowiązującym wzorem (tj. wszystkie pola oferty zostały wypełnione merytoryczną treścią) i została złożona w terminie |  |  |
| Oferta zawiera wszystkie wymagane załączniki |  |  |
| Upoważnienie do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego zostało wypełnione prawidłowo, w szczególności, zostało podpisane przez upoważnione osoby |  |  |
| **Ocena formalna (oferta przyjęta)** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. OCENA MERYTORYCZNA** | | | |
| Kryteria obligatoryjne oceny merytorycznej | ***Tak*** | ***Nie*** |  |
| **Adekwatność oferty 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 |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednego  z wymienionych  kryteriów |
| 1. usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone w co najmniej jednej z dwóch form, określonych w części V ust. 6 pkt 1 i 2 Programu |  |  |
| 1. w przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej, o których mowa w części V ust. 6 pkt 1 lit. b Programu, będą świadczone w wymiarze powyżej 4 godzin dziennie oraz w przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej, o których mowa w ust. 6 pkt 2 lit. b-c 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 w ofercie** | | | |
| 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 |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia  wymienionego  kryterium |
| **Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje oferta** | | | |
| 1. powiązanie kosztów z celem Programu |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia jednego  z wymienionych  kryteriów |
| 1. prawidłowość sporządzenia kalkulacji oferty 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. podmiot posiada statutowe postanowienie o prowadzeniu działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami |  |  | Oferta odrzucona w przypadku nie spełnienia  jednego  z wymienionych  kryteriów |
| 1. podmiot faktycznie prowadzi działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami przez okres co najmniej 3 lat (łącznie 36 miesięcy) przed dniem złożenia oferty na realizację Programu |  |  |
| 1. podmiot posiada zasoby osobowe/rzeczowe/lokalowe i finansowe do realizacji zadań |  |  |
| 1. podmiot posiada powszechnie dostępną stronę internetową lub profil w internetowych serwisach społecznościowych z informacją na temat dotychczas prowadzonej działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami przed dniem złożenia oferty na realizację Programu |  |  |
| **Ocena merytoryczna – kryteria obligatoryjne (oferta przyjęta)** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kryteria fakultatywne oceny merytorycznej | **Punkty** |
| **Adekwatność oferty w odniesieniu do celów Programu** (maksymalnie 4 pkt) | |
| 1. zadanie będzie realizowane na obszarze jednej gminy   (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. zadanie będzie realizowane na obszarze więcej niż jednej gminy   (0 albo 2 pkt) |  |
| 1. zadanie będzie realizowane na obszarze więcej niż jednego województwa, przy czym realizowane będzie co najmniej na obszarze 3 gmin na terenie każdego z województw   (0 albo 3 pkt) |  |
| 1. zadanie będzie realizowane wobec adresatów Programu wskazanych w części III ust. 1 pkt 1 i w części III ust. 1 pkt 2 Programu   (0 albo 1 pkt) |  |
| **Zasadność wysokości wnioskowanych środków w stosunku do celu, rezultatów i zakresu zadań, które obejmuje oferta** (maksymalnie 2 pkt) | |
| 1. planowany udział środków finansowych własnych wynosi od 1,00 do 2,00% sumy wszystkich kosztów realizacji zadania   (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. planowany udział środków finansowych własnych wynosi powyżej 2,00% sumy wszystkich kosztów realizacji zadania   (0 albo 2 pkt) |  |
| **Zdolność organizacyjna podmiotu oraz przygotowanie instytucjonalne do realizacji zadań**  (maksymalnie 8 pkt) | |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług opieki wytchnieniowej realizowanych w ramach programu finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w edycji z roku 2021 (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług opieki wytchnieniowej realizowanych w ramach programu finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w edycji z roku 2022 (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług opieki wytchnieniowej realizowanych w ramach programu finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w edycji z roku 2023 (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług opieki wytchnieniowej realizowanych w ramach programu finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w edycji z roku 2024 (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług opieki wytchnieniowej realizowanych w ramach programu finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w edycji z roku 2025 (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji zadania publicznego na rzecz osób z niepełnosprawnościami, którego wartość wyniosła nie mniej niż 500 000 zł (słownie złotych: pięćset tysięcy) i nie więcej niż 999 999 zł (słownie złotych: dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć) (0 albo 1 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji zadania publicznego na rzecz osób z niepełnosprawnościami, którego wartość wyniosła nie mniej niż 1 000 000 zł (słownie złotych: jeden milion) i nie więcej niż 1 999 999 zł (słownie złotych: jeden milion dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć) (0 albo 2 pkt) |  |
| 1. posiadanie doświadczenia w realizacji zadania publicznego na rzecz osób z niepełnosprawnościami, którego wartość wyniosła nie mniej niż 2 000 000 zł (słownie złotych: dwa miliony) (0 albo 3 pkt) |  |
| **Ocena merytoryczna – kryteria fakultatywne** (maksymalnie 14 pkt) | **.......... pkt** |

Opinia komisji konkursowej na temat oferty:

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

Podpisy członków komisji konkursowej:

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

ZATWIERDZAM

……….……………….…………………………………..

data i podpis Przewodniczącego komisji konkursowej