**Formularz oceny zgłoszenia**

Program: „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2024

Imię i nazwisko kandydata: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

data wpłynięcia zgłoszenia:…………………………………………………….

Skład komisji oceniającej:

* ……………………………………
* ……………………………………

Kryteria dostępu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kryterium | TAK | NIE |
| 1. | Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności |  |  |
| 2. | Osoba zamieszkująca we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawująca nad nią opiekę całodobową |  |  |

Kandydat spełnia/nie spełnia kryteriów udziału w projekcie.

Kryteria punktowe

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kryterium | waga | TAK | NIE | liczba punktów |
| 1 | Dziecko/ osoba dorosła (nad którą sprawowana jest opieka) stale przebywająca w domu, tj. nie korzystająca z ośrodka wsparcia, placówek pobyty całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub nie będąca osobą zatrudnioną, uczącą się albo studiującą; | 15 |  |  |  |
| 2 | Dziecko/ osoba dorosła (nad którą sprawowana jest opieka) z niepełnosprawnościami sprzężonymi (orzeczenie ze wskazaniem przynajmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności); | 10 |  |  |  |
| 3 | Dziecko/ osoba dorosła (nad którą sprawowana jest opieka) wymagająca wysokiego poziomu wsparcia (osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub dziecko niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem punktu 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności) | 10 |  |  |  |
| 4 | Dziecko/ osoba dorosła (nad którą sprawowana jest opieka) w *Karcie pomiaru niezależności funkcjonalnej według zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM* uzyskała wynik badania między 18 - 75 punktów; | 10 |  |  |  |
| 5 | Opiekun lub członek rodziny samotnie sprawujący opiekę nad dzieckiem/ osobą niepełnosprawną; | 5 |  |  |  |
| 6 | Opiekun lub członek rodzin sprawujący bezpośrednią opiekę nad więcej niż 1 osobą niepełnosprawną; | 5 |  |  |  |
| 7 | Wiek opiekuna lub członka rodziny dziecka/osoby niepełnosprawnej powyżej 55 lat | 5 |  |  |  |

Suma uzyskanych punktów:

Data i podpisy komisji oceniającej: