

KARTA OCENY FORMALNEJ I MERYTORYCZNEJ ANKIETY KWALIFIKACYJNEJ OPW

W RAMACH PROJEKTU „Wsparcie wytchnieniowe dla mieszkańców Kielc i okolic”

programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji projektu „Wsparcie wytchnieniowe dla mieszkańców Kielc i okolic”,
- nie pozostaję w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z kandydatami/tkami lub ich zastępcami prawnymi. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Nestone Sp. z o.o. i wycofania się z oceny tego wniosku,
- zobowiązuję się, że będę dokonywać oceny w sposób bezstronny, uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,
- zobowiązuję się nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji,
- zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione stronom trzecim.

Kielce.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis Oceniającego)

OCENA FORMALNA

L.p.	KRYTERIA OCENY FORMALNEJ			
	KOMPLETNOŚĆ ANKIETY KWALIFIKACYJNEJ	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
1	Czy Ankieta kwalifikacyjna została złożona w terminie określonym w ogłoszeniu naboru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy Ankieta kwalifikacyjna wraz z załącznikami została sporządzona na obowiązujących wzorach, zgodnie z ogłoszeniem naboru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy wszystkie pola we Ankiecie kwalifikacyjnej i załącznikach zostały wypełnione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy Ankieta kwalifikacyjna oraz wszystkie załączniki do wniosku zostały podpisane przez osobę upoważnioną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMPLETNOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW - CZY ZAŁĄCZONO?		TAK	NIE	NIE DOTYCZY
1	Załącznik nr 1 - Oświadczenie o zamieszkaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Załącznik nr 2 - Zaświadczenie z właściwej placówki oświatowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Załącznik nr 3 - Zaświadczenie pracodawcy/kopia umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Załącznik nr 4 - Karta oceny wg skali Barthel (wypełnioną przez pielęgniarkę lub lekarza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Załącznik nr 5 - Karta oceny wg skali Katza (wypełnioną przez pielęgniarkę lub lekarza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Załącznik nr 6 - Karta oceny wg skali Lawtona (wypełnioną przez OF),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Załącznik nr 7 - Zaświadczenie o stanie zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Załącznik nr 8 - Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia/zaświadczenie o leczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Załącznik nr 9 - Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie o występujących niepełnosprawnościach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Załącznik Nr 10 - Klauzula informacyjna potwierdzająca wykonywanie przez Beneficjenta obowiązku Administratora względem osób, których dane Beneficjent lub podmiot upoważniony przez niego do realizacji zadań pozyskuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Załącznik Nr 11 - Klauzula informacyjna potwierdzająca wykonywanie przez Instytucję Zarządzającą obowiązku Administratora względem osób, których dane Beneficjent lub podmiot upoważniony przez niego do realizacji zadań pozyskuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L.p.	KRYTERIA OCENY FORMALNEJ	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
KWALIFIKOWALNOŚĆ KANDYDATA/TKI				
1	Czy Kandydat zamieszkuje (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) na obszarze województwa świętokrzyskiego, na terenie miasta Kielce lub gmin powiatu kieleckiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy Kandydat/тка pracuje na obszarze województwa świętokrzyskiego, na terenie miasta Kielce lub gmin powiatu kieleckiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy Kandydat/тка uczy się na obszarze województwa świętokrzyskiego, na terenie miasta Kielce lub gmin powiatu kieleckiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy Kandydat/тка na dzień składania Ankiety kwalifikacyjnej ma ukończony co najmniej 18 rok życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy Kandydat/тка uzyskał/a od 0-80 pkt w skali Barthel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy Kandydat/тка jest wyłączony/a z możliwości odbycia opieki wytchnieniowej w OOW Nestor (zgodnie z zapisami rozdziału II A pkt 1. i 2 e. Warunki dodatkowe Regulaminu rekrutacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy Kandydat/тка otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż w jednym projekcie z zakresu usług społecznych/zdrowotnych dofinansowanych z EFS+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wynik oceny formalnej			
Czy Ankieta kwalifikacyjna spełnia wymogi formalne i może zostać przekazany do oceny merytorycznej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE (ale braki formalne mogą zostać uzupełnione)	<input type="checkbox"/> NIE
UWAGI:			

Kielce
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis Oceniającego)

Kielce
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis Oceniającego)

OCENA MERYTORYCZNA

L.p.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ KRYTERIA PREMIUJĄCE	TAK	NIE	ILOŚĆ PRYZNANYCH PUNKTÓW
1	Czy Kandydat/tka zamieszkuje (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) OPW na obszarze gmin, gdzie usługi opiekuńcze i zdrowotne nie są świadczone lub dostęp do nich jest utrudniony („białe plamy”), tj. gmin <u>Chmielnik, Łopuszno, Raków, Strawczyn</u>	<input type="checkbox"/> 30 pkt.	<input type="checkbox"/> 0 pkt.	
2	Czy Kandydat/tka posiada orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne	<input type="checkbox"/> 5 pkt.	<input type="checkbox"/> 0 pkt.	
3	Czy Kandydat/tka posiada niepełnosprawność sprzężoną	<input type="checkbox"/> 5 pkt.	<input type="checkbox"/> 0 pkt.	
4	Ilość punktów uzyskanych za stopień samodzielności fizycznej Kandydata/teki wg skali Katza			
	Kandydat/tka uzyskał/a 0-2 pkt w skali Kacza	<input type="checkbox"/> 5 pkt.		
	Kandydat/tka uzyskał/a 3-4 pkt w skali Kacza	<input type="checkbox"/> 3 pkt.		
	Kandydat/tka uzyskał/a 5-6 pkt w skali Kacza	<input type="checkbox"/> 1 pkt.		
5	Ilość punktów uzyskanych z oceny złożonych czynności życia codziennego Kandydata/teki wg skali Lawtona			
	Kandydat/tka uzyskał/a 0-8 pkt w skali Lawtona	<input type="checkbox"/> 5 pkt.		
	Kandydat/tka uzyskał/a 9-16 pkt w skali Lawtona	<input type="checkbox"/> 3 pkt.		
	Kandydat/tka uzyskał/a 17-24 pkt w skali Lawtona	<input type="checkbox"/> 1 pkt.		
ŁĄCZNA ILOŚĆ PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ KANDYDATA/TKĘ				

Kielce
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis Oceniającego)

Kielce
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis Oceniającego)