*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**INFORMACJA O PRZYJĘCIU KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE KANDYDATA/TKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | |
| **imię i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **miejsce zamieszkania** |  |
| **data złożenia formularza** |  |

1. **Ocena formalna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPEŁNIENIE WYMOGÓW FORMALNYCH:** | | |
| Wiek powyżej: seniorka 60+ / senior65+ | | **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** |
| Zamieszkiwanie na terenie Częstochowy | | **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** |
| Czy wniosek został prawidłowo wypełniony i złożony na odpowiednich drukach | | **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** |
| Czy załączone zostało:   * zaświadczenie lekarza * oświadczenie o niepełnosprawności * rocznej deklaracji rozliczeniowej dotyczącej podatków od dochodów osobistych za rok ubiegły (PIT) potwierdzonej przez Urząd Skarbowy | | **TAK / NIE**  **TAK / NIE**  **TAK / NIE** |
| **WNIOSEK SPEŁNIA WYMOGI FORMALNE:** | | **TAK / NIE** |
| **UWAGI:** | | |
| **data dokonania oceny** |  | |
| **imię, nazwisko, podpis, osoby dokonującej oceny** |  | |
| **skierowany do oceny merytorycznej** |  | |

1. **Ocena merytoryczna**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPEŁNIENIE WYMOGÓW MERYTORYCZNYCH:** | | | | | |
| konieczność wsparcia w codziennym funkcjonowaniu potwierdzona zaświadczeniem od lekarza lub odpowiedniego orzeczenia albo innego dokumentu poświadczający stan zdrowia. | | | **TAK** | | 10 pkt |
| **NIE** | | 0 pkt |
| **Liczba przyznanych punktów dodatkowych:** | | | | | |
| o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 10 pkt | | |  | | |
| z niepełnosprawnością sprzężoną – 10 pkt | | |  | | |
| z chorobami psychicznymi – 10 pkt | | |  | | |
| z niepełnosprawnością intelektualną – 10 pkt | | |  | | |
| z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) – 10 pkt | | |  | | |
| korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – 10 pkt | | |  | | |
| zamieszkujące samotnie – 10 pkt | | |  | | |
| w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego) – 10 pkt | | |  | | |
| dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną - gdy będą otoczeniem seniorów – 10 pkt | | |  | | |
| **Liczba przyznanych punktów** | | |  | | |
| **Kwalifikacja do udziału w projekcie** | **TAK / NIE**  **Uzasadnienie (w przypadku odmowy)** | | | | |
| **Odpłatność za usługi** | **TAK / NIE** | | | | |
| **Przyznane wsparcie w ramach:** | * Miejski klub seniora oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” * Klub seniora Kiedrzyn oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” * Klub seniora Północ oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” * Klub seniora Centrum oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” | | | | |
| **Podpisy członków Komisji rekrutacyjnej:** | | | | | |
| **Naczelnik Wydziału odpowiadającego za realizację projektu** |  | | | | |
| **Osoba nadzorująca projekt ze strony Beneficjenta** |  | | | | |
| **Koordynator projektu** |  | | | | |
| **Miejscowość** |  | **Data** | |  | |