*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** |  |