***Załącznik nr 7 do* *regulaminu realizacji projektu***

**Pan/i……………………………………………**

**zam. ……………………………………………**

**……………………………………..……**

**Decyzja kwalifikacyjna**

**według kryteriów oceny – wagi punktowej naboru Uczestników Projektu**

**do projektu pt. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwękach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną “**

**w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego**

**(ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kryterium formalne / obligatoryjne** | **Odpowiednio postaw „x”** |  |
| 1 | **Projekt jest skierowany WYŁĄCZNIE do UP zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, które uczą się lub pracują lub zamieszkują w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego powiat staszowski w WŚ.** | TAK | NIE |
| 2 | **UP niekorzystający z tego samego typu wsparcia w innych Projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS** | TAK | NIE |
| 3 | **UP z niepełnosprawnością intelektualną, bez orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, w tym UP z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami będące wychowankami Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego.\*** | TAK | NIE |
| 4 | **Rodziny zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym, przeżywające trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych ze względu na osoby z niepełnosprawnością intelektualną, kwalifikujące lub korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 o pomocy społecznej\*\*.** | TAK | NIE |
|  | **Kryterium dodatkowe / premiujące** |  | **Liczba punktów** |
| 1 | UP lub rodziny zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym doświadczającym wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. (...) |  | **10 pkt** |
| 2 | Płeć: Mężczyźni (rodzic) |  | **10 pkt** |
| 3 | Rodzina niepełna, w szczególności matka samotnie wychowująca osobę z niepełnosprawnością intelektualną |  | **10 pkt** |
| 4 | Rodzina wielodzietna |  | **10 pkt** |
| 5 | Rodzina z uzależnionym członkiem rodziny |  | **10 pkt** |
| 6 | Rodzina z bezrobotnym członkiem rodziny |  | **10 pkt** |
| 7 | Osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym zamieszkujące obszary poddane rewitalizacji wskazane w gminnych programach rewitalizacji |  | **5 pkt** |
| 8 | Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |  | **5 pkt** |
|  | **Maksymalna liczba punktów 70**  Kwalifikacja – najwyższa liczba punktów | **Suma punktów**  …………………… | |

Kwalifikuję – nie kwalifikuję Pana/Panią …………………………………………………………………………………

do uczestnictwa w Projekcie.

\*dot. wyłącznie osób z niepełnosprawnościami

\*\*dot. wyłącznie rodziców osób z niepełnosprawnościami

Zatwierdził: Sporządził:

………………..………..… ………………..………..…

Dyrektor Koordynator Projektu