***Załącznik nr 6 do Regulaminu Projektu  
 „RODZINA I JA – KOMPLEKSOWE WSPARCIE”***

**KARTA OCENY KANDYDATA/KI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I Dane osobowe Kandydata:** | | | | | |
| Nazwisko | | |  | | |
| Imię (Imiona) | | |  | | |
| PESEL | | |  | | |
| **II Dane osobowe oceniającego formularz:** | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | |
| Stanowisko | |  | | | |
| **III Deklaracja bezstronności i rzetelności** | | | | | |
| Oświadczam, że z osobą, której formularz oceniam, nie pozostaję w stosunku faktycznym lub prawnym mogącym budzić wątpliwość, co do mojej bezstronności. W szczególności oświadczam, że z osobą, której formularz oceniam nie łączy i nie łączył mnie związek z tytułu:  - małżeństwa,  - pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia),  - przysposobienia, opieki lub kurateli.  W razie zaistnienia okoliczności opisanej powyżej zobowiązuję się do wyłączenia się od oceny formularza. Zobowiązuję się nie ujawniać informacji związanych z oceną formularza oraz do tego, że dołożę należytej staranności dla zapewnienia, aby informacje dotyczące ocenianego przeze mnie formularza nie zostały przekazane osobom nieuprawnionym.  Data i podpis: …………………………………………… | | | | | |
| **Kryteria formalne** | | | | |
| **Zamieszkiwanie na terenie działania Beneficjenta (0-1).** | | |  | |
| **Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** **(0-1).** | | |  | |
| **Korzystanie ze wsparcia pomocy społecznej (0-1).** | | |  | |
| **V Kryteria premiujące:** | | | **Liczba punktów** |  |
| **Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określone w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej** | | |  | |
| **Doświadczanie wielokrotnego wykluczenia społecznego (przesłanki określone w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej( 1 pkt. za każdą przesłankę).** | | |  | |
| **Korzystanie ze wsparcia w ramach programu POPŻ (0-1).** | | |  | |
| **Korzystanie ze wsparcia w ramach programu Rodzina 500+ (0-1).** | | |  | |
| **Objęcie rodziny kuratelą sądową (0-1).** | | |  | |
| **Prowadzenie procedury „Niebieska Karta” (0-1).** | | |  | |
| **Prowadzenie procedury „Niebieska Karta” założonej przez kobietę (0-1).** | | |  | |
| **N****iepełnosprawność uczestnika lub członka rodziny – w stopniu znacznym (0-3).** | | |  | |
| **N****iepełnosprawność uczestnika lub członka rodziny – w stopniu umiarkowanym (0-2).** | | |  | |
| **N****iepełnosprawność uczestnika lub członka rodziny – w stopniu lekkim(0-1).** | | |  | |
| **N****iepełnosprawność sprzężona uczestnika lub członka rodziny (0-4).** | | |  | |
| **Łączna liczba punktów** | | |  | |

…............................................................. .................................................................  ***Miejscowość, data Czytelny podpis osoby oceniającej***