Załącznik nr 3

do *Regulaminu naboru*

**KARTA OCENY OFERTY**

*Oferta nr* **………….**

|  |  |
| --- | --- |
| Organizator: | |
| *Data wpływu Oferty:* |  |
| *Nazwa Oferenta:* |  |
| *Imię i Nazwisko oceniającego:* |  |
| *Data dokonania oceny:* |  |
| *Status oferty po ocenie formalnej:* |  |

**CZĘŚĆ A. OCENA FORMALNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA KRYTERIUM\*** | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| *Oferta wpłynęła w terminie i została złożona w poprawny sposób w zamkniętej i opisanej kopercie* |  |  |  |
| *Oferta została złożona na Formularzu oferty stanowiącym Załącznik do Regulaminu naboru* |  |  |  |
| *Oferta jest kompletna i zawiera wszystkie wymagane załączniki* |  |  |  |
| *Oferta została wypełniona w języku polskim i wypełnione zostały wszystkie pola* |  |  |  |
| *Oferta zawiera wszystkie wymagane oświadczenia zawarte w Regulaminie naboru* |  |  |  |
| *Oferta została podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta* |  |  |  |
| *Oferta została złożona przez podmiot, który jest uprawniony do udziału w naborze* |  |  |  |

* niespełnienie kryteriów formalnych skutkuje odrzuceniem oferty

**CZĘŚĆ B. OCENA MERYTORYCZNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA DOSTĘPU\*** | | | |
| **NAZWA KRYTERIUM\*** | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| *Oferta dotyczy wykonania zadania w zakresie ułatwiania dostępu i podnoszenia jakości usług społecznych dla osób należących do grupy docelowej zdefiniowanej w projekcie* |  |  |  |
| *Zakres zadania przedstawionego w ofercie jest zgodny z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014–2020 oraz ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych RPO WŚ na lata 2014–2020 oraz zapisami Regulaminu konkursu w ramach poddziałania 9.2.1.* |  |  |  |
| *Wysokość wydatków kwalifikowanych nie przekracza maksymalnej wartości określonej w warunkach naboru* |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA PREFERENCJI\*\*** | | | |
| **NAZWA KRYTERIUM** | **OCENY** | **PRZYZNANO** | **UWAGI** |
| *Oferent posiada minimum 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu działalności związanej z opieką nad osobami starszymi, niesamodzielnymi lub niepełnosprawnymi* | TAK –5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |  |
| *Oferent w swojej działalności realizuje następujące działania:*  *- świadczenie usług w ramach dziennego domu pomocy – 3 pkt.*  *- aktywizacja, integracja i rozwój życia kulturalnego wśród seniorów – 3 pkt.*  *- prowadzenie rehabilitacji i/lub terapii zajęciowej dla osób starszych, niepełnosprawnych lub niesamodzielnych – 3 pkt.* | TAK – 3-9 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |  |
| *Oferent:*  *- posiada odpowiednie zaplecze lokalowe (2 pkt.) i/lub techniczne (2 pkt.) i/lub kadrowe (2 pkt.) do prowadzenia zajęć terapeutycznych, psychologicznych lub warsztatowych z osobami niepełnosprawnymi i cierpiącymi na zaburzenia psychiczne.* | TAK – 2-6 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW** | Max 20 pkt. |  |  |

**\* niespełnienie kryteriów dostępu skutkuje odrzuceniem oferty**

**\*\* niespełnienie kryteriów preferencji nie przesądza o odrzuceniu oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUKCJA DOKONYWANIA OCENY PUNKTOWEJ** | |
| **NAZWA KRYTERIUM** | **DEFINICJA KRYTERIUM – INFORMACJA O ZASADACH OCENY** |
| *Oferent posiada minimum 3-letnie doświadczenie  w prowadzeniu działalności związanej z opieką nad osobami starszymi, niesamodzielnymi lub niepełnosprawnymi* | Potwierdzeniem spełniania kryterium będzie wpis do KRS lub inny dokument wskazujący na datę rozpoczęcia działalności przez organizację. Preferowane będą organizacje, których działalność związana jest z opieką nad osobami starszymi, niesamodzielnymi lub niepełnosprawnymi, zagrożonymi wykluczeniem społecznym  i przekracza 3 lata. |
| *Oferent w swojej działalności realizuje lub planuje realizować w ramach projektu następujące działania:*  *- świadczenie usług w ramach dziennego domu pomocy – 3 pkt.*  *- aktywizacja, integracja i rozwój życia kulturalnego wśród seniorów – max 3 pkt.*  *- prowadzenie rehabilitacji i/lub terapii zajęciowej dla osób starszych, niepełnosprawnych lub niesamodzielnych – max 3 pkt.* | Kryterium będzie oceniane na podstawie zapisów przedstawionych w pkt. 3.1., 3.3. i 5 w formularzu oferty przedstawionym przez Oferenta. Preferowane będą oferty, które wykazują się kompleksowością planowanych w Projekcie zadań z obecnie prowadzoną działalnością. |
| *Oferent:*  *- posiada odpowiednie zaplecze lokalowe (2 pkt.) i/lub techniczne (2 pkt.) i/lub kadrowe (2 pkt.) do prowadzenia zajęć terapeutycznych, psychologicznych lub warsztatowych z osobami niepełnosprawnymi  i cierpiącymi na zaburzenia psychiczne.* |

Raków, dnia …………………………………

Komisja oceniająca:

1. …………………………………. - Przewodniczący Komisji oceniającej
2. ………………………………….. - Członek Komisji oceniającej
3. ………………………………….. - Członek Komisji oceniającej
4. ………………………………….. - Członek Komisji oceniającej
5. …………………………….…….. - Członek Komisji oceniającej

Zatwierdzam:

……………………………………………………………….