Załącznik do Zarządzenia nr 11/2024 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie z dnia 08.03.2024 r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indywidualna karta oceny merytorycznej do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się** | | | | | |
| Nr SOW: | | | **Nr wniosku** | | |
| Imię i Nazwisko: | | | Wiek: | | |
|  | | **KARTA OCENY WNIOSKU** | | **Liczba punktów możliwych do uzyskania** | **Uzyskana Liczba punktów** |
| 1. **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | |
| a) | osoby posiadające orzeczenie o **znacznym** stopniu niepełnosprawności lub posiadające **orzeczenie równoważne** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności do 16r.ż | | | 15 |  |
| b) | osoby posiadające orzeczenie o **umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności lub **orzeczenie równoważne** w rozumieniu przepisów ww. ustawy | | | 10 |  |
| c) | osoby posiadające orzeczenie o **lekkim** stopniu niepełnosprawności lub **orzeczenie równoważne** w rozumieniu przepisów ww. ustawy | | | 5 |  |
| 1. **PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | |
| a) | osoby posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności o symbolach: ,,**03-L, 04-O, 12-C**” | | | 20 |  |
| b) | osoby posiadające orzeczenie o symbolach: **05-R, 10-N, poruszające się na wózku inwalidzkich, balkoniku lub kulach** | | | 15 |  |
| c) | osoby posiadające niepełnosprawność sprzężoną | | | 15 |  |
| 1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** | | | | | |
| a) | osoba posiadającą opinię psychologa/pedagoga/logopedy/lub lekarza specjalisty informującą o trudnościach w komunikowaniu się lub orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalistycznego/indywidualnego nauczania | | | 15 |  |
| b) | osoba posiadająca zaświadczenie lekarskie potwierdzające trudności w komunikowaniu się | | | 10 |  |
| c) | osoba posiadającą zaświadczenie lekarskie nie wskazujące na trudności w komunikowaniu się | | | 5 |  |
| 1. **SYTUACJA DOCHODOWA OSOBY– DOCHÓD NETTO NA OSOBĘ** | | | | | |
| a) | do 1 000,00 zł | | | 15 |  |
| b) | od 1 001,00 zł do 2 000,00 zł | | | 10 |  |
| c) | od 2 001,00 zł do 3 000,00 zł | | | 5 |  |
| d) | powyżej 3.001,00 zł do 4 000,00 zł | | | 1 |  |
| e) | powyżej 4 001,00 zł | | | 0 |  |
| 1. **SYTUACJA RODZINNA** | | | | | |
| a) | osoba samotna | | | 10 |  |
| b) | osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe | | | 5 |  |
| 1. **SYTUACJA ZAWODOWA** | | | | | |
| a) | dzieci i młodzież do lat 18 lub osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca | | | 15 |  |
| b) | osoba zatrudniona lub prowadząca działalność gospodarczą | | | 10 |  |
| c) | osoba bezrobotna/rencista poszukujący pracy lub rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy | | | 5 |  |
| **MAKSYMALNA LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU** | | | | **100 pkt** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj wnioskowanego  sprzętu i jego koszt | Kwota wnioskowanego dofinansowania  do 95 % | Przyznano dofinansowanie w kwocie |
|  |  |  |

**OPINIA KOMISJI:**

* pozytywna, przyznano dofinansowanie w łącznej kwocie

………………………………………………………………………………………………………………...…………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………....

* negatywna, uzasadnienie

…………………………………………………………………………………………………………….…………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Posiedzenie dn. ..................................*

*Podpisy członków Komisji:*