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 wnioskowanegosprzętu i jego koszt | Kwota wnioskowanego dofinansowaniado 95 % | Przyznano dofinansowanie w kwocie |
|  |  |  |

**OPINIA KOMISJI:**

* pozytywna, przyznano dofinansowanie w łącznej kwocie

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

* negatywna, uzasadnienie

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

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

 *Podpisy członków Komisji:*