

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020  
pn. „Twój wybór – lepsze jutro”

*Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu*

**KARTA OCENY KANDYDATA/KI**

do projektu pn.

**”Twój wybór – lepsze jutro”**

**Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne**

**Działanie IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,**

**Poddziałanie IX.1.1 Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**

<b>I Dane osobowe Kandydata:</b>	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
PESEL	

<b>II Dane osobowe oceniającego formularz:</b>	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
PESEL	

<b>III Deklaracja bezstronności i rzetelności</b>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- małżeństwa,</li><li>- pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia),</li><li>- przysposobienia, opieki lub kurateli.</li></ul> <p>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.</p> <p>Data i podpis: .....</p>

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020  
pn. „Twój wybór – lepsze jutro”

<b>IV Kryteria formalne:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym		
Korzystanie lub kwalifikowanie się do objęcia wsparciem pomocy społecznej		
Zamieszkiwanie na terenie działania Beneficjenta		
Posiadanie III profilu pomocy w PUP		
Brak aktywności zawodowej		

<b>V Kryteria premiujące:</b>	<b>Liczba punktów</b>
Doświadczanie wielokrotnego wykluczenia społecznego (przesłanki określone w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej.	
Korzystanie ze wsparcia w ramach programu POPŻ	
Niepelnosprawność uczestnika- osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	
Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi	
Osoba z niepełnosprawnością z powodu zaburzeń psychicznych, intelektualnych, z powodu całościowych zaburzeń rozwojowych.	
<b>Łączna ilość punktów</b>	

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis osoby oceniającej*