

**OPIS KONCEPCJI WYKONANIA ZADANIA W OTWARTYM KONKURSIE OFERT**

**nr AOON-2021-01**

**na powierzenie realizacji zadania publicznego w zakresie pomocy społecznej**

***usługi asystenta osobistego osób niepełnosprawnych
w Gminie Borkowice***

**w ramach *Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej edycja 2021***

**Gmina Borkowice**

**Księdza Jana Wiśniewskiego 42, 26-422 Borkowice**

**Województwo Mazowieckie**

**Podstawa prawna**:

1. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U z 2018 r. poz. 2192, z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2003 r. nr 96 poz. 873, z późn. zm.)

|  |
| --- |
| **KRYTERIA MERYTORYCZNE** |
| Maksymalna liczba punktów: 0/25 |
| **1.**  | **Doświadczenie w realizacji zadań publicznych o wartości nie mniejszej niż 200 tys. zł. każda realizowanych w ciągu ostatnich 3 lat zadań publicznych w zakresie pomocy społecznej o podobnym charakterze** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/20 |
| **2.**  | **Posiadanie wiedzy i doświadczenia w realizacji zadań o wartości nie mniejszej niż 200 tys. zł. każde w zakresie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych realizowanych w ciągu ostatnich 3 lat** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/20 |
| **3.** | **Doświadczenie w realizacji przedsięwzięć na terenie Powiatu Przysuskiego, w szczególności Gminy Borkowice w zakresie pomocy społecznej o podobnym charakterze realizowanych w ciągu ostatnich 3 lat** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/15 |
| **4.** | **Doświadczenie w realizacji projektów partnerskich w zakresie pomocy społecznej o podobnym charakterze realizowanych w ciągu ostatnich 3 lat** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/30 |
| **5.** | **Koncepcja jakości wykonania zadania oraz kalkulacji kosztów realizacji zadania** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/30 |
| **6.**  | **Dysponowanie osobami zdolnymi koordynować i wykonywać usługi asystenta osobistego osób niepełnosprawnych** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/20 |
| **7.**  | **Wniesienie do projektu zasobów organizacyjnych, technicznych i własnych środków finansowych umożliwiających płynną realizację zadania niezależnie od terminów przekazania kolejnych transzy dotacji** |  |

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

 ***Pieczęć firmowa Data i podpis osób upoważnionych***