

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

**nr POW-WHC/25**

***usługi opieki wytchnieniowej w Gminie Wąchock***

**w ramach *Programu Opieka Wytchnieniowa   
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025***

**Gmina i Miasto Wąchock**

**ul. Wielkowiejska 1, 27-215 Wąchock**

**Województwo Świętokrzyskie**

**REALIZATOR**

**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**ul. Kolejowa 19, 27-215 Wąchock**

**Podstawa prawna**:

1. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848)
2. Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2024 r. poz. 1491, 1761, 1940)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA MERYTORYCZNE** | | | |
| Maksymalna liczba punktów: 0/30 | | | |
| **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: 0/30 | | | |
| **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: 0/10 | | | |
| **3.** | **Posiadanie doświadczenie w realizacji przedsięwzięć zrealizowanych na terenie Powiatu Starachowickiego lub powiatów ościennych** | |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/30 | | | |
| **4.** | | **Koncepcja jakości wykonania zadania oraz kalkulacji kosztów realizacji zadania** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Maksymalna liczba punktów: 0/30 | | |
| **5.** | **Dysponowanie osobami zdolnymi wykonywać usługi opieki wytchnieniowej i asystenta osobistego osób niepełnosprawnych** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/30 | | |
| **6.** | **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***