Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania stypendiów dla uczniów z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”

Karta oceny wniosku o przyznanie stypendium

|  |  |
| --- | --- |
| METRYCZKA: | |
| Kod Wniosku |  |
| Imię i nazwisko Kandydata/kandydatki: |  |
| Data i godzina złożenia/wpływu Wniosku: |  |
| Miejsce złożenia wniosku: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cz. A. KRYTERIA FORMALNE – OBOWIĄZKOWE - dla uczniów z niepełnosprawnościami, ubiegających się o stypendium w ramach projektu: | | | |
| Kandydat/Kandydatka posiada status osoby z niepełnosprawnościami | ☐ TAK | ☐ NIE | TAK - 1 PKT |
| Kandydat/Kandydatka zamieszkuje na terenie ……………………… (nazwę powiatu lub miasta na prawach powiatu uzupełnia Partner) | ☐ TAK | ☐ NIE | TAK - 1 PKT |
| Kandydat/Kandydatka realizuje obowiązek szkolny na poziomie podstawowym  lub  realizuje obowiązek nauki na poziomie ponadpodstawowym (z wyłączeniem szkół policealnych)  lub  realizuje zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze | ☐ TAK | ☐ NIE | TAK - 1 PKT |
| Czy Kandydat/Kandydatka złożył/a komplet dokumentów, potwierdzających spełnianie kryteriów formalnych:  ☐ wniosek o przyznanie stypendium  ☐ kserokopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność  ☐ dokument potwierdzający uprawnienia do reprezentowania kandydata (jeśli dotyczy) | ☐ TAK | ☐ NIE | TAK - 1 PKT |
| Czy Kandydat/Kandydatka złożył/a dokumenty w wyznaczonym terminie rekrutacji | ☐ TAK | ☐ NIE | TAK - 1 PKT |
| Czy Kandydat/Kandydatka złożył/a dokumenty w siedzibie Udzielającego stypendium, właściwym dla miejsca zamieszkania kandydata | ☐ TAK | ☐ NIE | TAK - 1 PKT |
| Łączna ilość punktów uzyskana w części A: | | |  |

Wniosek:

☐ podlega dalszej ocenie

☐ nie podlega dalszej ocenie / odrzucony

Uzasadnienie odrzucenia wniosku: ………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| B. KRYTERIA DODATKOWE UCZESTNICTWA - NIEOBOWIĄZKOWE - dla uczniów z niepełnosprawnościami, ubiegających się o stypendium w ramach projektu: | |
| Kandydat znajduje się w trudnej sytuacji materialnej tzn. na rzecz kandydata ubiegającego się o stypendium przyznano zasiłek rodzinny za miesiąc, w którym składany jest wniosek o przyznanie stypendium, zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych | ☐ TAK - 2 PKT. |
| Kandydat przebywa w systemie pieczy zastępczej | ☐ TAK - 2 PKT. |
| Kandydat jest osobą z niepełnosprawnościami sprzężoną | ☐ TAK - 2 PKT. |
| Kandydat zamieszkuje na obszarze wiejskim | ☐ TAK - 1 PKT. |
| Kandydat jest członkiem rodziny wielodzietnej | ☐ TAK - 1 PKT. |
| Łączna ilość punktów uzyskana w części B: |  |
| Punkty ogółem (A+B) |  |

Data i podpis pracownika Partnera weryfikującego wniosek:

……………………….…………………………………..

Deklaracja poufności i bezstronności oceniającego wniosek

Niniejszym oświadczam, że:

Wyrażam zgodę na mój udział w procedurze oceny Wniosku o udzielenie wsparcia finansowego w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń” i deklaruję, że:

1. nie zachodzą wobec mnie żadne okoliczności, o których mowa poniżej tj.: nie jestem kandydatem lub nie pozostaję z osobą/osobami wnioskującą/cymi o stypendium w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik niniejszej oceny może mieć wpływ na moje prawa i obowiązki,
2. nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z osobą/osobami wnioskującą/cymi o stypendium,
3. nie jestem związany/-a z osobą/osobami wnioskującą/cymi o stypendium tytułu przysposobienia, kurateli lub opieki,
4. nie jestem przedstawicielem osoby/osób wnioskującej/cych o stypendium lub nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z przedstawicielem kandydata lub nie jestem związany/-a z przedstawicielem kandydata z tytułu przysposobienia, kurateli lub opieki,
5. nie pozostaję z osobą/osobami wnioskującą/cymi o stypendium w stosunku podrzędności służbowej,
6. nie brałem/-łam udziału w procesie przygotowania złożonego Wniosku o przyznanie stypendium

Jestem świadomy/-a, że przesłanki wymienione w lit. b-d powyżej dotyczą także sytuacji, gdy ustało małżeństwo, kuratela, przysposobienie lub opieka.

Oświadczam także, że według mojej wiedzy w stosunku do osobą/osobami wnioskującą/cymi o stypendium nie zachodził i nie zachodzi konflikt interesów, o którym mowa w art. 61 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE, Euratom) nr 2018/1046 z dnia 18 lipca 2018 r. w sprawie zasad finansowych mających zastosowanie do budżetu ogólnego Unii, zmieniającego rozporządzenia (UE) nr 1296/2013, (UE) nr 1301/2013, (UE) nr 1303/2013, (UE) nr 1304/2013, (UE) nr 1309/2013, (UE) nr 1316/2013, (UE) nr 223/2014 i (UE) nr 283/2014 oraz decyzję nr 541/2014/UE, a także uchylającego rozporządzenie (UE, Euratom) nr 966/2012.

W przypadku powzięcia informacji o istnieniu jakiejkolwiek okoliczności mogącej budzić uzasadnione wątpliwości, co do mojej bezstronności, w tym okoliczności wymienionych w art. 61 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE/Euratom) 2018/1046 z dnia 18 lipca 2018 r.[1], w odniesieniu do któregokolwiek z Wnioskodawców, zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Realizatora projektu drogą elektroniczną i wyłączenia się z oceny niniejszego wniosku złożonego w ramach danego naboru.

Ponadto zobowiązuję się do:

- utrzymywania w tajemnicy i poufności wszelkich informacji i dokumentów, które zostały mi ujawnione, przygotowane przeze mnie w trakcie procesu oceny wniosku,

- bezstronnego i uczciwego wykonywania swoich obowiązków związanych z oceną wniosku,

- stosowania się do obowiązujących regulacji dotyczących zasad, warunków i sposobów oceny wniosków.

Poprzez złożenie niniejszej deklaracji, potwierdzam, że zapoznałem/-am się z dostępnym do dnia dzisiejszego Regulaminem przyznawania stypendiów dla uczniów z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”

…………………………….., dnia…….…………… ………………………………………

/miejscowość, data/ /podpis/

……………………….…………………………………..

Podpis Pracownika Partnera