

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

**nr** **1/2025 AOON**

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

***usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością   
w Powiecie Grójeckim***

**w ramach Programu Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością   
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**Powiat Grójecki**

**ul. Piłsudskiego 59, 05-600 Grójec**

**Województwo Mazowieckie**

**Podstawa prawna**:

1. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U z 2024 r. poz. 296, 863, 1089)
2. Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2024 r. poz. 834)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA MERYTORYCZNE** | | | |
| Maksymalna liczba punktów: 0/25 | | | |
| **1.** | **Doświadczenie w realizacji zadań publicznych o wartości nie mniejszej niż 500 tys. zł każda realizowanych w ciągu ostatnich 3 lat zadań publicznych w zakresie pomocy społecznej o podobnym charakterze** | |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/25 | | | |
| **2.** | **Posiadanie wiedzy i doświadczenia w realizacji zadań o wartości nie mniejszej niż 500 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 Grójeckiego** | |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/25 | | | |
| **4.** | | **Koncepcja jakości wykonania zadania oraz kalkulacji kosztów realizacji zadania** |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/25 | | | |
| **5.** | **Dysponowanie osobami zdolnymi wykonywać usługi opieki wytchnieniowej i asystenta osobistego osób niepełnosprawnych** | |  |
| Maksymalna liczba punktów: 0/10 | | | |
| **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***