



Załącznik nr 4

KARTA OCENY KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA/TKI DO OBJĘCIA WSPARCIEM

w projekcie pt.: „Usługi społeczne na rzecz zintegrowanej społeczności powiatu sławieńskiego:
Wsparcie dla osób starszych narażonych na wykluczenie społeczne poprzez zwiększenie ofert
w Klubie Seniora” nr: projektu FEPZ.06.19-IP.01-0025/25

Potwierdzenie kwalifikowalności : wypełnia Realizator

Imię i nazwisko Uczestnika/uczestniczki :

Kryterium dostępu	
osoba zamieszkała zgodnie z KC na terenie Gminy Miasta Darłowo	☐ TAK ☐ NIE
osoba korzystająca z usług Klubie Seniora	☐ TAK ☐ NIE
osoba świadcząca usługi w Klubie Seniora – pracownik Realizatora	☐ TAK ☐ NIE
Osoba z potwierdzeniem braku udziału w innym projekcie społeczno-zawodowym EFS plus (zweryfikowane w Systemie SM na dzień przystąpienia do projektu)	☐ TAK ☐ NIE
Kryteria preferencji	
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK 10 pkt. ☐ NIE 0 pkt.
Osoba samotna	☐ TAK 10 pkt. ☐ NIE 0 pkt.
Kobieta	☐ TAK 10 pkt. ☐ NIE 0 pkt.
Łącznie pkt premiujące	

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika /uczestniczki w ramach projektu

.....
Podpis w imieniu realizatora