



Załącznik nr 4

**KARTA OCENY KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM
w projekcie pt.: „Usługi społeczne na rzecz zintegrowanej społeczności powiatu sławieńskiego:
Centrum opiekuńcze - usługi społeczne w Mieście Darłowo”, nr: projektu
FEPZ.06.19-IP.01-0017/25**

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 opiekuńczych	☐ TAK ☐ NIE
osoba świadcząca usługi opiekuńcze – pracownik Realizatora	☐ TAK ☐ NIE
osoba świadcząca sąsiedzkie usługi opiekuńcze	☐ 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 w stopniu znacznym lub umiarkowanym +10 pkt	☐ TAK ☐ NIE
Łącznie pkt premiujące	

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika /uczestniczki w ramach projektu

.....

Podpis w imieniu realizatora