



KARTA OCENY KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM
w ramach projektu: „Program wsparcia na rzecz rodzin zastępczych i osób usamodzielnianych
w Powiecie Koszalińskim”.

Pan/Pani

(imię i nazwisko kandydata projektu)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

KRYTERIUM KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU			
Kryteria niezbędne	Miejsce zamieszkania lub zatrudnienia lub uczęszczania do szkoły na terenie Województwa Zachodniopomorskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.	☐ TAK	☐ NIE
	Rodzina zastępcza	☐ TAK	☐ NIE
	Rodziny Dom Dziecka	☐ TAK	☐ NIE
	Rodzina biologiczna	☐ TAK	☐ NIE
	Kandydat do pełnienia funkcji rodziny zastępczej	☐ TAK	☐ NIE
	Osoba usamodzielniająca się / pełnoletni wychowanek pieczy zastępczej	☐ TAK	☐ NIE
	Dziecko wychowujące się w pieczy zastępczej w wieku 9- 16 lat	☐ TAK	☐ NIE
	Kadra jednostki pracująca z rodziną lub dzieckiem	☐ TAK	☐ NIE
Kryteria premiujące dla RZ i RDD	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności podopiecznych (5 pkt za każde dziecko w RZ/RDD)	☐ TAK	☐ NIE
	Wielodzietność (5 pkt za każde dziecko w RZ/RDD)	☐ TAK	☐ NIE
	Opinia/orzeczenie z PPPP (5 pkt. za każde dziecko w RZ /RDD)	☐ TAK	☐ NIE
	Opinia koordynatora o potrzebie wsparcia (30 pkt), w tym: *miejsce zamieszkania RZ/RDD (miasto/wieś wg degurba) – 5 pkt za gminę wiejską, *za każde dziecko w wieku poniżej 7 lat – 5 pkt (max 15), *wykluczenie komunikacyjne – 5 pkt. za brak dworca PKP w miejscowości funkcjonowania rodziny; *posiadanie 1 lub brak auta w RZ / RDD – 5 pkt.	☐ TAK	☐ NIE
Decyzja		Uczestnik kwalifikuje się do wsparcia ☐ tak ☐ nie	

.....
data i podpis Dyrektora PCPR