**Załącznik nr 5** do Regulaminu rekrutacji do projektu **„**Niania szansą na powrót do pracy 2**”**.

**KARTA OCENY FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

do projektu **„**Niania szansą na powrót do pracy 2**”** realizowanego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

|  |
| --- |
| **Dane kandydata** |
| **Dane osobowe** |
| Nr formularza |  |
| Imię i nazwisko |  |

|  |
| --- |
| **Deklaracja bezstronności i poufności** |
| Oświadczam, że z osobą, której formularz oceniam, nie pozostaję w stosunku faktycznym lub prawnym mogącym budzić wątpliwości co do mojej bezstronności. W szczególności oświadczam, że z osobą, której formularz oceniam nie łączy mnie związek z tytułu: • małżeństwa, • pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia, • przysposobienia, opieki lub kurateli.W razie powzięcia przeze mnie informacji o istnieniu okoliczności opisanej wyżej zobowiązuję się do wyłączenia się od oceny aplikacji. Zobowiązuję się nie ujawniać informacji związanych z oceną formularza oraz do tego, że dołożę należytej staranności dla zapewnienia, aby informacje dotyczące ocenianego przeze mnie formularza nie zostały przekazane osobom nieuprawnionym.Data i podpis osoby oceniającej ……………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium warunkujące udział w projekcie** | **Spełnia** | **Nie spełnia** |
| Zamieszkanie na terenie powiatu piotrkowskiego |  |  |
| Kobieta jest osobą pracującą |  |  |
| Drugi rodzic dziecka jest aktywny zawodowo |  |  |
| Kobieta wychowuje dziecko/ dzieci w wieku od 20 tygodni do 3 lat |  |  |
| Kobieta powróciła lub powróci na rynek pracy po urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim |  |  |
| Dziecko nie uczęszcza do żłobka, przedszkola ani nie jest pod opieką dziennego opiekuna |  |  |
| **Łącznie** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium premiujące** | **Maksymalna liczba punktów** | **Przyznana liczba punktów** |
| Zamieszkiwanie na terenach wiejskich | 5 |  |
| Uzyskiwanie dochodów maksymalnie do 1000 zł na członka rodziny | 10 |  |
| Samotne wychowywanie dziecka | 15 |  |
| Posiadanie orzeczonej niepełnosprawności rodzica/dziecka | 20 |  |
| **Łącznie** | **50** |  |

 ……………………… ………..……………………

 data podpis osoby oceniającej