*Załącznik nr 19 do Regulaminu rekrutacji i przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości – Karta oceny Wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego*

**KARTA OCENY**

**Wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego**

**w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego**

**Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020**

**Oś priorytetowa 10: *Regionalny rynek pracy* Działanie 10.3 *Rozwój samozatrudnienia***

***Projekt „Przedsiębiorca to TY!”***

**DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer referencyjny wniosku |  |
| Imię i nazwisko Uczestnika Projektu |  |
| Oceniający |  |

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

1. Nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia opieki lub kurateli z projektodawcami, z jego zastępcami prawnymi lub członkami władz osób prawnych biorących udział w procedurze konkursowej.

2. Przed upływem trzech lat do daty wszczęcia procedury konkursowej nie pozostawałem (-am) w stosunku pracy lub zlecenia z projektodawcami oraz nie byłem (-am) członkiem władz osób prawnych biorących udział w procedurze konkursowej.

3. Nie pozostaję z projektodawcami w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

Data i podpis oceniającego ....…………………………………………………………………….

**OCENA FORMALNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| **DECYZJA** | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |
| **1. Kompletność wniosku** |  |  |  |
| -Wniosek wypełniony w języku polskim |  |  |  |
| - Wniosek jest przedłożony w 2 egzemplarzach (2 oryginały) |  |  |  |
| Wszystkie wymagane rubryki wniosków są wypełnione. |  |  |  |
| Wnioski są podpisane przez uprawnioną osobę i parafowane na każdej stronie. |  |  |  |
| Wnioskowana kwota dofinansowana jest mniejsza bądź równa maksymalnej kwocie wsparcia pomostowego |  |  |  |
| -Wniosek został złożony na właściwym formularzu |  |  |  |
| -Wniosek został złożony w odpowiednim terminie |  |  |  |
| -Wniosek z załącznikami jest kompletny |  |  |  |

**DECYZJA W SPRAWIE POPRAWNOŚCI DOKUMANTACJI UCZESTNIKA/-CZKI (zaznaczyć właściwe):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Osoba sprawdzająca |
| Wnioski są kompletne i umożliwiają ocenę merytoryczną |  |
| Wnioski nie są kompletne i wymagają uzupełnienia |  |
| Wniosek po uzupełnieniu nadal nie jest kompletny, co powoduje odrzucenie Wniosku na ocenie formalnej |  |
| Po dokonaniu uzupełnienia Wniosek nadaje się do przekazania do oceny merytorycznej |  |
| Wnioski nie są poprawne pod względem formalnym, nie ma możliwości uzupełnienia, co powoduje odrzucenie Wniosków |  |

**Osoba sprawdzająca:** ………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, data, podpis)

**OCENA MERYTORYCZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowana kwota wsparcia** |  |
| **Wnioskowane wsparcie doradcze** |  |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie (minimum 10 zdań) w oparciu o kryteria:**  - cel i przedmiot udzielonego wsparcia pomostowego;  - wydatki kwalifikowane;  - niezbędność i adekwatność wsparcia  - przyznane wsparcie doradcze |
|  |

**Wartości kategorii, które ulegają obniżeniu (jeśli dotyczy):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa kategorii wydatku** | **Wartość pierwotna** | **Wartość po zmianie** | **Różnica** | **Powód zmiany kwoty wydatku (np. zawyżony koszt, wydatek niekwalifikowalny itp.)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość obniżenia** | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowana kwota wsparcia pomostowego** | **Data przekazania *Wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego do negocjacji* (w przypadku obniżenia kwoty wsparcia pomostowego)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby oceniającej wniosek** | **Data** | **Podpis** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NEGOCJACJE** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Data przeprowadzenia negocjacji:** |  | | | |
| **Przyjęte stanowisko:** |  | | | |
|
|
| **Ostateczne kwota:** |  | | | |
| **Przyznane wsparcie doradcze** |  | | | |
| **Podpis Przedstawiciela Beneficjenta** | |  | **Podpis Beneficjenta pomocy** | |