****

**Załącznik nr 6 – Wzór karty oceny formalnej wniosku o dofinansowanie projektu pozakonkursowego MUP/PUP**

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO MUP/PUP

**INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:**……………………………………………………………………………

**DATA WPŁYWU WNIOSKU:**………………………………………………………………………………………………

**NUMER KANCELARYJNY WNIOSKU**:......................................................................................

**TYTUŁ PROJEKTU:**………………………………………………………………………………………………………………

**SUMA KONTROLNA WNIOSKU[[1]](#footnote-2):**...........................................................................................

**NAZWA WNIOSKODAWCY:**……………………………………………………………………………………………...

**OCENIAJĄCY:**……………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **OGÓLNE KRYTERIA FORMALNE** | **1 - TAK** | **0[[2]](#footnote-3) -NIE** | **Uzasadnienie  oceny spełniania kryterium** | |
| 1. | Czy wniosek złożono w terminie wskazanym w wezwaniu do złożenia wniosku o dofinansowanie projektu pozakonkursowego? |  |  |  | |
| 2. | Czy wniosek nie został usunięty z wykazu projektów zidentyfikowanych, stanowiącego załącznik do SzOOP? |  |  |  | |
| 3. | Czy wniosek został złożony we właściwej instytucji? |  |  |  | |
| 4. | Czy Wnioskodawca jest podmiotem uprawnionym do ubiegania się o dofinansowanie? |  |  |  | |
| 5. | Czy wniosek został sporządzony w języku polskim? |  |  |  | |
| 6. | Czy wniosek został złożony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach w wersji papierowej zgodnych z przekazaną wersją elektroniczną (suma kontrolna obu wersji musi być tożsama)? |  |  |  | |
| 7 | Czy Wnioskodawca w okresie realizacji projektu prowadzi biuro projektu (lub posiada siedzibę, filię, delegaturę, oddział, czy inną prawnie dozwoloną formę organizacyjną działalności podmiotu) na terenie województwa świętokrzyskiego z możliwością udostępnienia pełnej dokumentacji wdrażanego projektu oraz zapewniające uczestnikom projektu możliwość osobistego kontaktu z jego kadrą? |  |  |  | |
| 8 | Czy Projekt jest skierowany do grup docelowych z obszaru województwa świętokrzyskiego (które w przypadku osób fizycznych - uczą się, pracują lub zamieszkują na obszarze województwa świętokrzyskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego; w przypadku innych podmiotów - posiadają jednostkę organizacyjną na obszarze województwa świętokrzyskiego)? |  |  |  | |
| 9 | Czy w przypadku projektu partnerskiego spełnione zostały wymogi dotyczące:   1. wyboru Partnerów spoza sektora finansów publicznych, o których mowa w art. 33 ust. 2-4 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020 (o ile dotyczy)  oraz 2. braku powiązań, o których mowa w art. 33 ust. 6 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020 oraz w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych RPOWŚ, pomiędzy podmiotami tworzącymi partnerstwo? |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| **B.** | **KRYTERIA DOSTĘPU** | **1 - TAK** | **0 -NIE[[3]](#footnote-4)** | **Uzasadnienie  oceny spełniania kryterium** | |
| 1. | Czy czestnikami projektu są wyłącznie osoby powyżej 29 roku życia, bez pracy, zarejestrowane w PUP/MUP jako bezrobotne, dla których ustalono pierwszy (bezrobotni aktywni) lub drugi profil pomocy (bezrobotni wymagający wsparcia), które znajdują się w szczególnej sytuacji na rynku pracy, tj. należą do przynajmniej jednej z poniższych kategorii:  **-** osoby po 50 roku życia,  **-** kobiety,  **-** osoby z niepełnosprawnościami,  **-** osoby długotrwale bezrobotne,  **-** osoby z niskimi kwalifikacjami? |  |  |  | |
| 2. | Czy projekt zakłada, że proces rekrutacji uczestników projektu zakończy się do 31 grudnia roku kalendarzowego, na który zostały przyznane decyzją środki Funduszu Pracy na realizację RPOWŚ 2014-2020? |  |  |  | |
| 3. | Czy projekt zakłada:  a) dla osób w wieku 50 lat i więcej - minimalny poziom kryterium efektywności zatrudnieniowej na poziomie co najmniej 33%,  b) dla kobiet – minimalny poziom kryterium efektywności zatrudnieniowej na poziomie co najmniej 39%,  c) dla osób z niepełnosprawnościami – minimalny poziom kryterium efektywności zatrudnieniowej na poziomie co najmniej 33%,  d) dla osób długotrwale bezrobotnych – minimalny poziom kryterium efektywności zatrudnieniowej na poziomie co najmniej 35%,  e) dla osób o niskich kwalifikacjach – minimalny poziom kryterium efektywności zatrudnieniowej na poziomie co najmniej 38%? |  |  |  | |
| 4. | Czy co najmniej 4% uczestników projektu stanowią osoby z niepełnosprawnościami? |  |  |  | |
| 5. | Czy co najmniej 37% uczestników projektu stanowią osoby długotrwale bezrobotne? |  |  |  | |
| 6. | Czy co najmniej 11% uczestników projektu stanowią osoby powyżej 50 roku życia? |  |  |  | |
| 7. | Czy co najmniej 30% uczestników projektu stanowią osoby o niskich kwalifikacjach? |  |  |  | |
| 8. | Czy udzielenie wsparcia w postaci usług i instrumentów wskazanych w ustawie z 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* musi zostać poprzedzone instrumentami i usługami rynku pracy służącymi indywidualizacji wsparcia oraz pomocy w zakresie określenia ścieżki zawodowej obejmującymi:   * - identyfikację potrzeb osób pozostających bez zatrudnienia oraz diagnozowanie możliwości   w zakresie doskonalenia zawodowego, w tym identyfikację stopnia oddalenia od rynku pracy bezrobotnych,  - kompleksowe i indywidualne pośrednictwo pracy w zakresie wyboru zawodu zgodnego  z kwalifikacjami i kompetencjami wspieranej osoby lub poradnictwo zawodowe  w zakresie planowania rozwoju kariery zawodowej, w tym podnoszenia lub uzupełniania kompetencji i kwalifikacji zawodowych? |  |  |  | |
|  | | | | | |
| **C.** | **DECYZJA W SPRAWIE POPRAWNOŚCI WNIOSKU** | **TAK** | **NIE** | **Uwagi** | |
|  | Czy wniosek spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne i wszystkie kryteria dostępu i może zostać przekazany do oceny merytorycznej? |  |  |  | |

**Sporządzone przez:** **Zatwierdzone przez (wypełnić w przypadku pracownika IP):**

Imię i nazwisko: Imię i nazwisko:

Komórka organizacyjna: Komórka organizacyjna:

Data: Data:

Podpis: Podpis:

1. Nie obowiązuje do czasu uruchomienia LSI. [↑](#footnote-ref-2)
2. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „0” wniosek o dofinansowanie kierowany jest do poprawy lub uzupełnienia. [↑](#footnote-ref-3)
3. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „0” wniosek o dofinansowanie kierowany jest do poprawy lub uzupełnienia. [↑](#footnote-ref-4)