**Załącznik nr 4**

**Karta oceny wniosku i wyboru operacji.**

|  |
| --- |
| **KARTA OCENY WNIOSKU I WYBORU OPERACJI** |

|  |
| --- |
| **KARTA OCENY WNIOSKU I WYBORU OPERACJI**Lokalna Grupa Działania Biebrzański Dar Naturyo udzielenie wsparcia, o którym mowa w art. 35 ust. 1 lit. b rozporządzenia nr 1303/2013 |
|  |  |
| **Nr naboru:** |  |  |
|  |  |
| **Numer wniosku/Znak sprawy:** |  |  |
|  |  |
| **Imię i nazwisko / nazwa Wnioskodawcy:** |  |  |
|  |  |
| **Adres / siedziba Wnioskodawcy:** |  |  |
|  |  |
| **Nazwa/cel/tytuł operacji:** |  |  |
|  |  |
| **Załączniki:** |  **szt.** |
|  |  |
| **Część A. Weryfikacja wstępna wniosku** |  |  |  |
|  |  |
| **Część B1. Weryfikacja zgodności operacji z celami LSR** |  |  |  |
|  |  |
| **Część B2. Ocena zgodności operacji z PROW na lata 2014-2020** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Część B3. Ocena zgodności operacji z RPOWP 2014-2020** |  |  |  |
|  |  |
| **Część C. Wybór operacji wg lokalnych kryteriów wyboru** |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA WNIOSKU** |
|  |
| **Lp.** | **Warunek** | **Weryfikujący** |  | **Sprawdzający** |
| **TAK** | **NIE** | **ND** | **TAK** | **NIE** | **ND** |
|  |
| 1. | Wniosek został złożony w miejscu, formie i terminie wskazanym w ogłoszeniu o naborze wniosków o udzielenie wsparcia przez uprawnionego Wnioskodawcę | **□** | **□** |  | **□** | **□** |  |
| 2. | Wniosek został sporządzony na formularzu wskazanym w ogłoszeniu o naborze zgodnie z instrukcją wypełniania wniosku  | **□** | **□** |  | **□** | **□** |  |
| 3. | Suma kontrolna wskazana na Potwierdzeniu przesłania do IZ RPOWP elektronicznej wersji wniosku o dofinansowanie jest tożsama z sumą kontrolną wersji papierowej wniosku o dofinansowanie złożonego do LGD w ramach naboru **- dotyczy operacji finansowej ze środków EFS/EFRR** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 4. | Operacja jest zgodna z zakresem tematycznym, który został wskazany w ogłoszeniu o naborze wniosków o udzielenie wsparcia | **□** | **□** |  | **□** | **□** |  |
| 5. | Operacja jest zgodna z formą wsparcia wskazaną w ogłoszeniu o naborze wniosków o udzielenie wsparcia (jeśli dotyczy) | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 6. | Do wniosku dołączono dokumenty wskazane w ogłoszeniu o naborze potwierdzające spełnienie warunków udzielenia wsparcia oraz kryteriów wyboru operacji (jeśli dotyczy) | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 7. | Maksymalny próg limitu wsparcia dotyczący danej operacji nie został przekroczony (jeśli dotyczy lub jeśli wskazano w ogłoszeniu) | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 8. | Planowany okres realizacji operacji jest zgodny z ogłoszeniem w sprawie naboru wniosków (jeśli dotyczy lub jeśli wskazano w ogłoszeniu) | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |

|  |
| --- |
|  **WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ** |
|  |  |  | **Weryfikujący** |  | **Sprawdzający** |   |
|  |  |  |  | **TAK** |  | **NIE1)** |   |  | **TAK** |  | **NIE1)** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
| **Wniosek podlega dalszemu rozpatrywaniu**  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ***1)****Zaznaczenie pola "NIE" oznacza, że co najmniej jeden z wymienionych w części A warunków nie został spełniony i wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.*  |
| **Zweryfikował (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Weryfikującego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |
|  |
| **Sprawdził (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Sprawdzającego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |
|  |

**W przypadku wezwania do uzupełnienia braków wynikających z weryfikacji wstępnej:**

|  |
| --- |
|  **WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ po uzupełnieniu** |
|  |  |  | **Weryfikujący** |  | **Sprawdzający** |   |
|  |  |  |  | **TAK** |  | **NIE1)** |   |  | **TAK** |  | **NIE1)** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
| **Wniosek podlega dalszemu rozpatrywaniu**  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ***1)****Zaznaczenie pola "NIE" oznacza, że co najmniej jeden z wymienionych w części A warunków nie został spełniony i wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.*  |
| **Zweryfikował (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Weryfikującego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |
|  |
| **Sprawdził (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Sprawdzającego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Znak sprawy:** |   |
|

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ B: OCENA ZGODNOŚCI OPERACJI Z LSR I PROGRAMEM** |

 |
| **CZĘŚĆ B1: OCENA ZGODNOŚCI OPERACJI Z CELAMI LOKALNEJ STRATEGII ROZWOJU (LSR)** |
|  |
| **Lp.** | **Warunek** | **Weryfikujący** | **Sprawdzający** |
| **TAK** | **NIE** | **TAK** | **NIE** |
|  |
| 1. | Operacja realizuje cele LSR | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 2. | Operacja wynika ze zdiagnozowanych potrzeb i jest odpowiedzią na główne i istotne problemy określone w LSR | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 3. | Operacja przyczynia się do osiągnięcia wskaźników monitoringu (produktów i/lub rezultatów) określonych w LSR | **□** | **□** | **□** | **□** |

|  |
| --- |
| **WYNIK OCENY ZGODNOŚCI OPERACJI Z CELAMI LSR** |
|  |  |  | **Weryfikujący** |  | **Sprawdzający** |   |
|  |  |  |  | **TAK** |  | **NIE1)** |   |  | **TAK** |  | **NIE1)** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
| **Wniosek podlega dalszemu rozpatrywaniu**  |   |  |   |   |   |   |  |   |  |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ***1)****Zaznaczenie pola "NIE" oznacza, że co najmniej jeden z wymienionych w części B1 warunków nie został spełniony i wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.*  |
|  |
| **Zweryfikował (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Weryfikującego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |
|  |
| **Sprawdził (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Sprawdzającego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku/Znak sprawy:** |   |
|  |
| **CZĘŚĆ B: OCENA ZGODNOŚCI OPERACJI Z LSR I PROGRAMEM** |
|  |
| **B3. WERYFIKACJA ZGODNOŚCI OPERACJI Z REGIONALNYM PROGAMEM OPERACYJNYM WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA LATA 2014-2020 (RPOWP 2014-2020)** |

 |
| **Lp.** | **Warunek** | **Weryfikujący** | **Sprawdzający** |
| **TAK** | **NIE** | **ND** | **TAK** | **NIE** | **ND** |
|  |
|  |
| 1. | Projekt wpisuje się w typ projektu wskazany w SZOOP RPOWP 2014-2020[[1]](#footnote-1) dla działania 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego/9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego. |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Grupa docelowa jest zgodna z katalogiem grup docelowych wskazanych w SZOOP RPOWP 2014-2020. |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Grupa docelowa/ostateczni odbiorcy wsparcia zamieszkują obszar LSR.  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Wnioskodawca jest zgodny z typem beneficjenta określonym w SZOOP RPOWP 2014-2020. |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Projekt jest zgodny z celem(-ami) określonym(-nymi) w RPOWP 2014-2020, a jego realizacja pozwoli na osiągnięcie zakładanych wskaźników.  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Projekt zakłada realizację inwestycji na obszarze objętym LSR, chyba, że operacja dotyczy inwestycji polegającej na budowie albo przebudowie liniowego obiektu budowlanego, którego odcinek będzie zlokalizowany poza tym obszarem. |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Inwestycje w ramach projektu będą realizowane na nieruchomości będącej własnością lub współwłasnością Wnioskodawcy lub Wnioskodawca posiada udokumentowane prawo do dysponowania nieruchomością na cele określone we wniosku o dofinansowanie, co najmniej przez okres realizacji projektu oraz okres podlegania zobowiązaniu do zapewnienia trwałości operacji. |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Beneficjent wniósł minimalny wymagany wkład własny w ramach projektu wskazany w ogłoszeniu o naborze. |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Wnioskodawca zawarł we wniosku opis sposobu, w jaki zostanie zapewniona trwałość projektu (jeśli dotyczy lub jeśli wskazano w ogłoszeniu o naborze). |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Wydatki w projekcie o wartości nieprzekraczającej wyrażonej w PLN równowartości kwoty 100 000 EUR wkładu publicznego[[2]](#footnote-2) są rozliczane uproszczonymi metodami, o których mowa w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.* |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Koszty kwalifikowalne operacji nie są i nie będą współfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych, w tym z innych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Projekt jest zgodny z prawodawstwem unijnym oraz z właściwymi zasadami unijnymi, w tym:- zasadą równości szans kobiet i mężczyzn w oparciu o standard minimum, o którym mowa w *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji*, *w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*- zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami- zasadą zrównoważonego rozwoju. |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Wydatki w ramach budżetu projektu zostały oszacowane należycie, racjonalne i efektywne[[3]](#footnote-3). |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Koszty pośrednie rozliczane są z wykorzystaniem stawek ryczałtowych[[4]](#footnote-4). |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Wydatki w ramach budżetu projektu zostały oszacowane z uwzględnieniem obowiązujących stawek rynkowych[[5]](#footnote-5). |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Planowany zakres i warunki stosowania cross-financingu są zgodne z zapisami SZOOP RPOWP 2014-2020. |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Wartość zakupionych środków trwałych nie przekracza poziomu wskazanego w SZOOP RPOWP 2014-2020. |  |  |  |  |  |  |
| 18. | W przypadku projektu partnerskiego spełnione zostały wymogi dotyczące:a) 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. |  |  |  |  |  |  |
| b) 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 SZOOP RPOWP 2014-2020, pomiędzy podmiotami tworzącymi partnerstwo. |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **WYNIK OCENY ZGODNOŚCI OPERACJI Z REGIONALNYM PROGRAMEM OPERACYJNYM WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA LATA 2014-2020** |
|  | **Weryfikujący** |  **Sprawdzający** |
|  |  |  | **TAK** | **NIE1** | **TAK** |  **NIE1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Operacja jest zgodna z RPOWP 2014-2020****Wniosek podlega dalszemu rozpatrywaniu**  |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ***1)****Zaznaczenie pola "NIE" oznacza, że co najmniej jeden z wymienionych w części B3 warunków nie został spełniony.*  |
| **Zweryfikował (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Weryfikującego |   |
| Uwagi: |
| Data i podpis |  |
| **Sprawdził (pracownik biura LGD):** |
| Imię i nazwisko Sprawdzającego |  |
| Uwagi: |
| Data i podpis |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowana kwota wsparcia wg pracowników biura** |  |
| Imię i nazwisko Weryfikującego |  |
| Data i podpis Weryfikującego |  |
|  |  |
| Imię i nazwisko Sprawdzającego |  |
| Data i podpis Sprawdzającego |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ C: OCENA OPERACJI WEDŁUG LOKALNYCH KRYTERIÓW WYBORU**  |
|  |
| **C1. LOKALNE KRYTERIA WYBORU** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku/Znak sprawy:** |   |

|  |
| --- |
| **KARTA OCENY ZGODNOŚCI Z LOKALNYMI KRYTERIAMI WYBORU** **LOKALNEJ GRUPY DZIAŁANIA Biebrzański Dar Natury** |
| **KRYTERIA WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH OPERACJI BEZ WZGLĘDU NA ŹRÓDŁO FINANSOWANIA** |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **Punktacja** | **Ocena** |
|  | *Opis kryterium:**Skorzystanie przez wnioskodawców z doradztwa biura LGD przy składaniu wniosku. W trosce o wysoką jakość składanych wniosków preferuje się aby wnioskodawcy korzystali z doradztwa świadczonego przez pracowników biura LGD/ekspertów zatrudnionych na zlecenie biura LGD w zakresie przygotowania wniosku /biznesplanu. Wnioski wnioskodawców nie korzystających z doradztwa przed złożeniem wniosku nie otrzymują punktów*. |
| **Doradztwo:** | **0-5** |
| **Wnioskodawca nie korzystał z doradztwa** | **0** |  |
| **Wnioskodawca korzystał z doradztwa biura** | **5** |  |
| **Uzasadnienie:** |
|  | *Spełnienie kryterium:**Wpływ operacji na grupy defaworyzowane zidentyfikowane w LSR w pkt. Diagnoza. Preferuje się operacje realizowane przez wnioskodawców będących przedstawicielami grup defaworyzowanych lub operacje oddziaływujące pozytywnie na grupę defaworyzowaną ze wzglądu na dostęp do rynku pracy.* *W przypadku stwierdzenia, iż wnioskodawca nie jest przedstawicielem grupy defaworyzowanej lub operacja nie będzie skierowana do osób defaworyzowanych nie przyznaje się punktów.* |
| **Oddziaływanie operacji na grupy defaworyzowane:** | **0-7** |
| **Wnioskodawca nie jest przedstawicielem grupy defaworyzowanej lub do takiej grupy nie jest kierowane wsparcie w projekcie** | **0** |  |
| **Wnioskodawca jest przedstawicielem grupy defaworyzowanej lub do takiej grupy kierowane jest wsparcie** | **7** |  |
| **Uzasadnienie:** |
|  | *Spełnione kryterium:**Premiowane będą operacje, których miejsce (lokalizacja operacji lub adres prowadzenia działalności gospodarczej) realizacji znajduje się w miejscowości liczącej do 5 tys. mieszkańców (wg stanu na dzień 31.12.2013 r.). Operacje realizowane poza miejscowościami do 5 tys. mieszkańców nie otrzymają pkt.* |
| **Miejsce realizacji operacji:** | **0-6** |
| **Operacja realizowana jest w miejscowości zamieszkałej przez więcej niż 5 tys. mieszkańców** | **0** |  |
| **Operacja realizowana jest w miejscowości do 5 tys. mieszkańców włącznie** | **6** |  |
| **Uzasadnienie:** |

|  |
| --- |
| **KRYTERIA DLA OPERACJI FINANSOWANYCH Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO** |
| **WŁĄCZENIE SPOŁECZNE** |
| Lp**.** | **KRYTERIUM** | **Punktacja** | **Ocena** |
| **1.** | *Spełnienie kryterium:*Projekt realizowany jest w partnerstwie społeczno-publicznym (rozumianym jako partnerstwo organizacji pozarządowych i ośrodków pomocy społecznej). Preferuje się wnioski składane w partnerstwie społeczno- publicznym. W przypadku braku wskazania takiego kryterium punktów nie przyznaje się. |
| **Realizacja projektu przez partnerstwo:** | **0-5** |
| **Projekt nie jest realizowany w partnerstwie społeczno-publicznym** | **0** |  |
| **Projekt jest realizowany w partnerstwie społeczno-publicznym** | **5** |  |
| **Uzasadnienie:** |
| **2.** | Spełnienie kryterium:Projektodawca przewidział w projekcie wskaźnik rezultatu długofalowego, uwzględniający *liczbę osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, sześć miesięcy po opuszczeniu Programu*.  |
| **Trwałość i efektywność zatrudnieniowa projektu:** | **0-6** |
| **Projekt nie uwzględnia osób pracujących min. 6 miesięcy po opuszczeniu Programu** | **0** |  |
| **Projekt uwzględnia powyżej 0% i poniżej 35% osób pracujących min. 6 miesięcy po opuszczeniu Programu**  | **2** |  |
| **Projekt uwzględnia min. 35 % osób objętych wsparciem, pracujących min. 6 miesięcy po opuszczeniu Programu**  | **6** |  |
| **Uzasadnienie:** |

|  |
| --- |
| **WYNIK OCENY OPERACJI WEDŁUG LOKALNYCH KRYTERIÓW WYBORU** |
| **Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów** |  |  |
| **Operacja uzyskała łącznie:** |  | **pkt** |
| **Co stanowi** |  **%** | **maksymalnej liczby pkt.** |
| **Rekomendacja Członka Rady/uzasadnienie:** |
| **Oceniający (Członek Rady)** |
| Imię i nazwisko Członka Rady |   |
| Data i podpis |   |

1. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 [↑](#footnote-ref-1)
2. Do przeliczenia ww. kwoty na PLN należy stosować miesięczny obrachunkowy kurs wymiany stosowany przez KE aktualny na dzień ogłoszenia naboru. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z zapisami Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020. [↑](#footnote-ref-3)
4. Jak wyżej. [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeśli wskazano w ogłoszeniu o naborze. [↑](#footnote-ref-5)