Załącznik nr 3 do Procedury wyboru i oceny operacji w ramach Strategii Rozwoju Lokalnego kierowanego przez społeczność na lata 2014-2020 wraz z wzorami stosowanych dokumentów

I. KARTA OCENY OPERACJI WG LOKALNYCH KRYTERIÓW WYBORU – PODEJMOWANIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (PREMIA)

Znak sprawy/ Numer wniosku	
Imię i nazwisko/ nazwa wnioskodawcy	
Nr identyfikacyjny ARiMR	
Data i godzina złożenia wniosku	
Tytuł operacji	

LP.	OPIS KRYTERIUM	PUNKTACJA	PRZYZNANA LICZBA PUNKTÓW	UZASADNIENIE PRZYZNANEJ PUNKTACJI
	KRYTERIUM UZASADNIAJĄCE REALIZACJĘ OPERACJI W RAMACH LSR			
1.	Operacja przyczynia się do powstawania co najmniej 1 miejsca pracy w tym przez samozatrudnienie w ramach zakładania własnej działalności gospodarczej na terenie objętym LSR: TAK - 20 pkt, NIE - 0 pkt.	0 lub 20		
	POZOSTAŁE KRYTERIA WYBORU OPERACJI			
2.	Operacja jest połączona z podnoszeniem kompetencji wnioskodawcy TAK-15 pkt, NIE-0 pkt	0 lub 15		
3.	Operacja zakłada podejmowanie działalności gospodarczej o charakterze: - usługowym – 5 pkt. - produkcyjnym – 15 pkt.	5 lub 15		
4.	Operacja ma innowacyjny charakter (technologia lub rozwiązanie w zakresie produktowym, procesowym, organizacyjnym lub marketingowym) o neutralnym lub pozytywnym wpływie na środowisko w skali: - obszaru LSR – 10 pkt - województwa – 20 pkt Operacja nie ma innowacyjnego charakteru – 0 pkt	0 lub 10 lub 20		

5.	Operacja jest ukierunkowana na zatrudnienie osób z grup defaworyzowanych na terenie objętym LSR: - osoby nieaktywne zawodowo pozostające bez pracy do ukończenia 34 roku życia/osoby powyżej 54 roku życia – 5 pkt. - kobiety – 5 pkt. - osoby niepełnosprawne – 5 pkt. - operacja nie jest ukierunkowana na zatrudnienie osób z grup de faworyzowanych - 0 pkt	O lub 5 lub 10 lub 15		
6.	Wnioskodawca posiada wiedzę i/lub doświadczenie w zakresie planowanej operacji i dołączył dokumenty je potwierdzające. TAK – 15 pkt, NIE – 0 pkt.	O lub 15		
RAZEM		**100**		
Maksymalna liczba punktów: 100 **Minimalna liczba punktów: 30** **Kryterium premiujące – zaspokajanie potrzeb z grup defaworyzowanych**				

II. WYNIK WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI WG LOKALNYCH KRYTERIÓW WYBORU

	WYNIK WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI WG LOKALNYCH KRYTERIÓW WYBORU			
Miejsce i data:				
OPERACJA JEST ZGODNA Z LOKALNYMI KRYTERIAMI WYBORU		**TAK**	**NIE**	**DO UZUP.**
		☐	☐	☐
	Wskazanie zakresu niezbędnych uzupełnień/ wyjaśnień *(Wypełnia Prowadzący Posiedzenie – jeśli dotyczy):*			
Lp.	**Zakres uzupełnień/ wyjaśnień**	**Czy dokonano uzupełnień/wyjaśnień?**		
		TAK	**NIE**	

1.		☐	☐
2.		☐	☐
3.		☐	☐
4.		☐	☐
	OSTATECZNY WYNIK WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI WG LOKALNYCH KRYTERIÓW WYBORU		
Miejsce i data:			
OPERACJA JEST ZGODNA Z LOKALNYMI KRYTERIAMI WYBORU		**TAK**	**NIE**
		☐	☐

III. USTALENIE KWOTY WSPARCIA

Wysokość kosztów kwalifikowalnych operacji	*(w zł)*
Intensywność pomocy, w zależności od grupy Beneficjentów lub zakresu pomocy *(§18 rozporządzenia LSR/ogłoszenie naboru wniosków o przyznanie pomocy LSR)*	*%*
Maksymalna kwota pomocy, w zależności od grupy Beneficjentów lub zakresu pomocy *(§15 rozporządzenia LSR/ogłoszenie naboru wniosków o przyznanie pomocy LSR)*	*(w zł)*
Kwota do wykorzystania w ramach limitu na okres programowania 2014-2020 *(różnica kwoty jaką może otrzymać dany Beneficjent w okresie programowania 2014-2020 a kwotą pomocy wypłaconą na zrealizowane operacje i kwotą pomocy przyznaną na operacje, których realizacja nie została jeszcze zakończona)*	*(w zł)*
Ustalona kwota wsparcia dla operacji (*iloczyn wysokości kosztów kwalifikowalnych operacji i intensywności pomocy, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty pomocy oraz*	*(w zł)*

limitu na okres programowania 2014-2020)	*(słownie:)*
Informacje o proponowanej kwocie wsparcia *(uzasadnienie, stwierdzenie niekwalifikowalnych wydatków, propozycje zmiany kwoty wsparcia)*	

Miejsce i data oceny:		
Nazwisko i imię Członka Rady:		**Podpis Członka Rady:**
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		

12.		