Załącznik nr 2 do regulaminu

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ**

**Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia\* stanowiska pracy w połączeniu z subsydiowanym zatrudnieniem dla skierowanego uczestnika projektu pt. „Wspólna droga do sukces 2”**

**Priorytet : 9 Włączenie społeczne**

**Działanie :** **9.1 Aktywna integracja**

**Poddziałanie: 9.1.1 Aktywna integracja - konkursy horyzontalne**

**Nazwa projektu: „Wspólna droga do sukces 2”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data przyjęcia wniosku** |  |
| **Nazwa podmiotu**  |  |
| **Wnioskowana kwota wsparcia** |  |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI** Niniejszym oświadczam, że:* + - nie pozostaję w związku małżeńskim ani w faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z Pracodawcą ubiegającym się o dofinansowanie. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Komisji Oceny Wniosków i wycofania się z oceny niniejszego wniosku
		- nie pozostaję z Pracodawcą ubiegającym się o dofinansowanie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Komisji Oceny Wniosków i wycofania się z oceny,
		- nie brałem osobistego udziału w przygotowaniu Wniosku Pracodawcy, będącego przedmiotem oceny.

Poprzez złożenie niniejszej deklaracji potwierdzam, że zapoznałem się z Regulaminem oraz z dostępnymi do dziś informacjami dotyczącymi oceny i wyboru projektów.W przypadku powzięcia informacji o istnieniu jakiejkolwiek okoliczności mogącej budzić uzasadnione wątpliwości, co do mojej bezstronności w odniesieniu do przekazanego mi do oceny wniosku, zobowiązuję się do niezwłocznego jej zgłoszenia na piśmie Beneficjentowi oraz wyłączenia się z dalszego uczestnictwa w procesie oceny. **Data i czytelny podpis: ..................................................................................................................................** |

**KARTA OCENY WNIOSKU**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **PRZYZNANA LICZBA PUNKTÓW** | **PUNKTACJA** | **UWAGI/KOMENTARZE** |
| Rodzaj wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy w powiązaniu z sytuacją na lokalnym rynku pracy w szczególności biorąc pod uwagę zawody wskazane jako deficytowe w powiatach objętych wsparciem lub w województwie dolnośląskim   |  | * **5 pkt** - Stanowisko pracy wpisuje się w zawody wykazane jako deficytowe w województwie dolnośląskim i zostanie doposażone lub wyposażone na w/w terenie

  |  |
| Okres prowadzenia działalności przez Pracodawcę |  | * **5 pkt** – powyżej 10 lat
* **3 pkt** - od 5 do 10 lat
* **1 pkt -** od 1 roku do 5 lat
 |  |
| Miejsce siedziby i prowadzenia działalności  |  | * **5 pkt** – teren województwa dolnośląskiego
 |  |
| Okres zatrudnienia po ustaniu subsydiowanego zatrudnienia |  | * **10 pkt** 6 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
* **15 pkt** 9 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
* **20 pkt** 12 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
 |
| Dotychczasowa współpraca z instytucjami przyznającymi środki z EFS |  | * **5 pkt** – podmiot nie korzystał ze środków EFS w ostatnich 5 latach
* **3 pkt** – podmiot nie korzystał ze środków EFS w ostatnich 3 latach
 |  |
| Ocena stanowiska pracy  |  | * **0 - 5 pkt** – konieczność dokonania zakupów niezbędnych na doposażonym lub wyposażonym stanowisku pracy
 |  |
|  | * **0 - 3 pkt** – czy wymagania stawiane kandydatom są istotne z punktu widzenia proponowanego stanowiska
 |  |
|  | * **2 pkt** – pracodawca zamierza inwestować w rozwój pracownika
 |  |
| Stworzenia miejsca pracy dla Uczestnika/Uczestniczki projektu z orzeczeniem o stopniu niepełnoprawności  |  | * **30 pkt** - zagwarantowanie, że miejsce pracy/miejsca pracy zostanie utworzone dla 1 osoby z niepełnosprawności
* **40 pkt** - zagwarantowanie, że miejsce pracy/miejsca pracy zostanie utworzone dla 2 osób z niepełnosprawnością
 |  |
| DODATKOWE UWAGI |  | .................................................................................................................................................................................................................. |  |
| **SUMA PUNKTÓW** |  | **maksymalna liczba punktów 90** |  |

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

|  |
| --- |
| **NEGOCJACJE** |
|  |  |  |  |  |
| **Data przeprowadzenia negocjacji:** |   |
| **Przyjęte stanowisko:** |   |
|
|
| **Ostateczne kwota:** |   |
| **Podpis Przewodniczącego KOW** |  |  **Podpis Pracodawcy** |

………………………………… ……………………………………………