



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WSPARCIA POMOSTOWEGO

Priorytet VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich

Działanie 6.2 Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia.

Nr ewidencyjny wniosku:

Tytuł projektu:

Drogowskaz na biznes

Beneficjent pomocy:

Wnioskowana kwota wsparcia:

Data wpłynięcia wniosku :



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- Nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, 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.

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.

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

Data i podpis oceniającego



| Lp. | Kryteria | OCENIANE SEKCJE WE WNIOSKU O WSPARCIE | Minimalna liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Liczba przyznanych punktów | Uzasadnienie |
|-----|---|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------|
| I. | | | | | | |
| 1. | Przeznaczenie wydatków | A | 1 | 10 | | |
| 2. | Uzasadnienie planowanych wydatków | B | 1 | 5 | | |
| 3. | Status rodzinny Beneficjenta Pomocy | D | 1 | 5 | | |
| 4. | Rodzaj prowadzonej działalności (handel, usługi) | C | 1 | 2 | | |
| 5. | Podatność na zjawisko sezonowości | B,C | 1 | 5 | | |
| 6. | Ocena wpływu konieczności dostosowania pomieszczeń do prowadzenia działalności gospodarczej | B, C | 1 | 5 | | |
| 7. | Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (lokal własny, wynajmowany, użyczany) | B, C | 1 | 5 | | |



| | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|----------|-----------|--|
| 8. | Stopień redukcji wydatków kwalifikowanych w odniesieniu do planowanych w biznes planie | dokumenty wewnętrzne Fundacji ATUT | 1 | 8 | |
| 9. | Konieczność uzyskania pozwoleń (np. sanepid, straż pożarna, zezwolenia) co może mieć wpływ na opóźnienia w sprzedaży produktów, usług itp. | B, C, zał. | 1 | 10 | |
| Maksymalna liczba punktów | | | 9 | 55 | |

Opinia dotycząca przyznania wsparcia pomostowego:

POZYTYWNA : TAK / NIE

Uzasadnienie:

Imię i nazwisko osoby oceniającej wniosek:

Data :

Podpis