*Załącznik nr 1*

*do ogłoszenia o konkursie*

*w ramach pilotażowego programu „ABSOLWENT”*

**KARTA OCENY FORMALNEJ**

**wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „ABSOLWENT”**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika PFRON przeprowadzającego ocenę formalną wniosku: |  |
| Numer wniosku: |  |
| Nazwa Wnioskodawcy(-ców)\*: |  |
| **Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że**:1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku 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 osobą zarządzającą lub będącą w organach nadzorczych ww. Wnioskodawcy (-ów),
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem), członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem ww. Wnioskodawcy (-ów);
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem  (-am) zatrudniony na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło u ww. Wnioskodawcy (-ów),
4. nie pozostaję z ww. Wnioskodawcą (-ami) w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do**:* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie;
* niezwłocznego poinformowania przełożonego o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności;
* zachowania w tajemnicy danych i informacji zawartych we wniosku;
* ochrony danych osobowych zawartych we wniosku, zgodnie z Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
* zrezygnowania z oceny wniosku w sytuacji, gdy zaistnieją powiązania osobowe wskazane w pkt 1-4.

*Data i podpis pracownika przeprowadzającego ocenę formalną oraz osoby sprawdzającej (przełożonego pracownika PFRON):*.................................................................... .................................................................... |

**Tabela 1** Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”

| **L.p.** | **Kryteria oceny formalnej** | **Tak** | **Nie** | **Nie dotyczy** | **Uwagi***(opinia negatywna wymaga uzasadnienia)* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Czy Wnioskodawca spełnia kryteria uprawniające do złożenia wniosku *(w przypadku wniosku wspólnego ocena dotyczy każdego z Wnioskodawców).* |  |  |  |  |
| 2. | Czy Wnioskodawca dotrzymał terminu złożenia wniosku. |  |  |  |  |
| 3. | Czy zgłoszony we wniosku projekt jest zgodny z warunkami wskazanymi w programie i ogłoszeniu o konkursie *(czy projekt dotyczy obszarów wsparcia wskazanych w programie i ogłoszeniu o konkursie).* |  |  |  |  |
| 4. | Czy wnioskowana kwota dofinansowania spełnia warunki wskazane w ogłoszeniu o konkursie. |  |  |  |  |
| 5. | Czy wykazane w budżecie projektu procentowe wartości kosztów są zgodne z limitami wyznaczonymi w ogłoszeniu o konkursie *(ocena w oparciu o tabelę nr 2 niniejszej Karty).* |  |  |  |  |
| 6. | Czy dostarczono wersję elektroniczną budżetu projektu *(plik MS Excel)*. |  |  |  |  |
| 7. | Czy wniosek jest podpisany przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych *(Wnioskodawców - w przypadku wniosku wspólnego).* |  |  |  |  |
| 8. | Czy podpisy pod wnioskiem są opatrzone pieczęcią imienną *(w przypadku wniosku wspólnego ocena dotyczy każdego z Wnioskodawców).* |  |  |  |  |
| 9. | Czy wysokość wkładu własnego jest zgodna z wymogami określonymi w ogłoszeniu o konkursie. |  |  |  |  |
| 10. | Czy wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, czy jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych punktach. |  |  |  |  |
| A. | część A wniosku |  |  |  |  |
| B. | część B wniosku |  |  |  |  |
| C. | część C wniosku |  |  |  |  |
| D. | część D wniosku |  |  |  |  |
| E. | cześć E wniosku |  |  |  |  |
| 11. | Czy działania zaplanowane w projekcie mieszczą się w zakresie prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności odpłatnej lub nieodpłatnej, zawartych w statucie Wnioskodawcy *(dotyczy organizacji pozarządowych).* |  |  |  |  |
| 12. | Czy wniosek nie zakłada wykorzystania całości lub części dofinansowania na działania związane z działalnością gospodarczą Wnioskodawcy *(dotyczy organizacji pozarządowych)*. |  |  |  |  |
| 13. | Czy działania zaplanowane w ramach projektu nie mieszczą się w zakresie działalności gospodarczej prowadzonej przez Wnioskodawcę *(dotyczy organizacji pozarządowych)*. |  |  |  |  |
| Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie. |  |  |  |  |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia. |  |  |  |
| Data oceny formalnej wniosku. | *(dzień, miesiąc, rok)* |
| **Ocena formalna wniosku.** | **Pozytywna:**  | **Negatywna:**  |

**Tabela 2** – kwestionowane wysokości limitów kosztów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaje kosztów** | **Maksymalny dopuszczalny limit kosztów** *(wg ogłoszenia o konkursie)* | **Limit kosztów wskazany w budżecie projektu** |
| 1. | Koszty osobowe personelu administracyjnego. |  |  |
| 2. | Koszty funkcjonowania jednostek wskazanych przez Wnioskodawcę do realizacji projektu. |  |  |
| 3. | Nakłady na nabycie środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz wyposażenia; koszty najmu *(dzierżawy, leasingu)* ww. składników majątkowych; koszty remontów, adaptacji i modernizacji pomieszczeń. |  |  |

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna, podpis osoby sprawdzającej (przełożonego pracownika PFRON)*

*data, podpis:*

**Należy wypełnić jeżeli wniosek podlega procedurze odwołania od wyników oceny formalnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data przekazania wniosku do ponownej oceny formalnej. | *(dzień, miesiąc, rok)* |
| Ocena formalna wniosku w oparciu o wyjaśnienia przedstawione w odwołaniu.*Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „****X****”*. | Pozytywna: | Negatywna: |
| Uzasadnienie: |

*pieczątka imienna, podpis osoby sprawdzającej (przełożonego pracownika PFRON)*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*