*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 warunki 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 dotyczy obszarów wsparcia wskazanych w programie oraz w ogłoszeniu o konkursie |  |  |  |  |
| 4. | Czy dotrzymany został warunek dostarczenia wersji elektronicznej wniosku (plik MS Word) oraz załącznika nr 1 do wniosku i budżetu projektu w wersji elektronicznej (plik MS Excel). |  |  |  |  |
| 5. | Czy wniosek jest podpisany przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych *(Wnioskodawców - w przypadku wniosku wspólnego).* |  |  |  |  |
| 6. | Czy podpisy pod wnioskiem są opatrzone pieczęcią imienną *(w przypadku wniosku wspólnego ocena dotyczy każdego z Wnioskodawców).* |  |  |  |  |
| 7. | Czy wysokość wkładu własnego jest zgodna z wymogami określonymi w ogłoszeniu o konkursie. |  |  |  |  |
| 8. | 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 |  |  |  |  |
| Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie. | |  |  |  |  |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia. | |  |  |  | |
| Data oceny formalnej wniosku. | | *(dzień, miesiąc, rok)* | | | |
| **Ocena formalna wniosku.** | | **Pozytywna:** | | | **Negatywna:** |

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

*data, podpis:*

*pieczątka imienna, podpis 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:*