Załącznik nr 2 do Instrukcji rozpatrywania, monitorowania oraz ewaluacji wniosków złożonych w ramach programu „STABILNE ZATRUDNIENIE”

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU**

o dofinansowanie w ramach Moduł II „Staże zawodowe” programu „STABILNE ZATRUDNIENIE – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”

|  |  |
| --- | --- |
| 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 (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. | Wnioskodawca (a w przypadku wniosku wspólnego – każdy z Wnioskodawców) spełnia warunki uprawniające do złożenia wniosku. |  |  |  |  |
| 2. | Czy dotrzymany został termin złożenia wniosku. |  |  |  |  |
| 3. | Czy nie zostały przekroczone limity kosztów wyznaczone w ogłoszeniu o konkursie *(w oparciu o Tabelę nr 2)*. |  |  |  |  |
| 4. | Czy dotrzymany został warunek dostarczenia wersji elektronicznej wniosku oraz wersji elektronicznej harmonogramu realizacji i budżetu projektu. |  |  |  |  |
| 5. | Czy wniosek został podpisany przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych |  |  |  |  |
| 6. | Czy wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, czy jest wypełniony we wszystkich wymaganych punktach |  |  |  |  |
| A. | część A wniosku |  |  |  |  |
| B. | część B wniosku |  |  |  |  |
| C. | część C wniosku |  |  |  |  |
| D. | część D wniosku |  |  |  |  |
| E. | część E wniosku |  |  |  |  |
| 7. | Czy wysokość wkładu własnego jest zgodna z wymogami określonymi w ogłoszeniu o konkursie *(o ile jest dotyczy).* |  |  |  |  |
| Wniosek 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 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:*