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

**KARTA OCENY FORMALNEJ I MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

o dofinansowanie w ramach moduł I „Instytucje” programu „STABILNE ZATRUDNIENIE – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”

|  |
| --- |
| **Część A „Karty”: Deklaracja bezstronności** |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika PFRON: |  |
| Imię i nazwisko pracownika PFRON: *(o ile dotyczy)* |  |
| Numer wniosku: |  |
| Nazwa Wnioskodawcy: |  |
| **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; 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem), członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem ww. Wnioskodawcy; 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło u ww. Wnioskodawcy; 4. nie pozostaję z ww. Wnioskodawcą 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 PFRON:*  .................................................................... .................................................................... | |

|  |
| --- |
| **Część B „Karty”: Ocena formalna wniosku w ramach modułu I „Instytucje”** |

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. |  |  |  |  |
| 2. | Czy zgłoszone we wniosku działania aktywizacyjne spełniają warunki wskazane w programie. |  |  |  |  |
| 3. | Czy wnioskowana kwota dofinansowania spełnia warunki wskazane w programie. |  |  |  |  |
| 4. | Czy budżet działań aktywizacyjnych został dostarczony również w wersji elektronicznej. |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 pracownika PFRON*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| **Część C „Karty” Ocena merytoryczna wniosku w ramach modułu I „Instytucje”** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **Uzasadnienie oceny** |
| 1. | 2. | 3. |
| **Budżet działań aktywizacyjnych – w oparciu o weryfikację przeprowadzoną w części C.2 Karty** | | |
| 1. | Czy przedstawione w budżecie koszty są niezbędne do poniesienia ze względu na zaplanowane działania aktywizacyjne *(w oparciu o* ***tabelę******nr 1****).* |  |
| 2. | Czy przedstawione w budżecie koszty są racjonalne i efektywne – zgodnie z zasadą racjonalnego i oszczędnego gospodarowania środkami publicznymi *(w oparciu o* ***tabelę******nr 2****).* |  |
| 3. | Czy budżet został przygotowany poprawnie – czy nie zawiera błędów, czy poszczególne pozycje kosztów zawierają prawidłową kalkulację *(w oparciu o****tabelę******nr 3****).* |  |

**Tabela 1** – koszty zbędne ze względu na zaplanowane działania aktywizacyjne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty zbędne ze względu na zaplanowane działania aktywizacyjne** | | | | | |
| Lp. | Nazwa kosztu | Pozycja w budżecie | Kwota kwestionowana | Kwota rekomendowana | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | |  |  |  |

**Tabela 2** – koszty zawyżone lub nieracjonalne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty zawyżone lub nieracjonalne** | | | | | |
| Lp. | Nazwa kosztu | Pozycja w budżecie | Kwota kwestionowana | Kwota rekomendowana | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | |  |  |  |

**Tabela 3** – poprawność przygotowania budżetu (w tym błędy rachunkowe, pozycje niewypełnione)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poprawność przygotowania budżetu** | | | | | |
| L.p. | Nazwa kosztu | Pozycja w budżecie | Kwota kwestionowana | Kwota rekomendowana | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | |  |  |  |

**Tabela 4** – proponowana kwota dofinansowania, po weryfikacji przez PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaje działań aktywizacyjnych** | **Proponowana kwota (w zł)** | | |
| bieżące | inwestycyjne | razem |
| 1. | Wyposażenie stanowisk pracy dla beneficjentów ostatecznych, odpowiednio do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz charakteru zatrudnienia. |  |  |  |
| 2. | Adaptacja pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych. |  |  |  |
| 3. | Adaptacja lub nabycie urządzeń ułatwiających beneficjentom ostatecznym wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy. |  |  |  |
| 4. | Zakup i autoryzacja oprogramowania na użytek beneficjentów ostatecznych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności. |  |  |  |
| 5. | Szkolenia beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu. |  |  |  |
| 6. | Szkolenia pracowników Wnioskodawcy w zakresie umiejętności współpracy z beneficjentami ostatecznymi zatrudnionymi w ramach programu, w tym szkolenia pracowników pomagających beneficjentom ostatecznym w pracy. |  |  |  |
| 7. | Organizacja przez Wnioskodawcę dowozu beneficjentów ostatecznych z miejsca zamieszkania do zakładu pracy i powrotu. |  |  |  |
| 8. | Wypłata przez Wnioskodawcę dodatku motywacyjnego dla beneficjentów ostatecznych. |  |  |  |
| **Razem:** | |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena merytoryczna wniosku:**  *Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak* ***„X”***. | Pozytywna: | Negatywna: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) – dane z wniosku | | | Proponowana kwota dofinansowania (w zł) | | |
| Koszty bieżące | Koszty inwestycyjne | Razem | Koszty bieżące | Koszty inwestycyjne | Razem |
|  |  |  |  |  |  |

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*