***Załącznik nr 2 do Zasad***

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O UDZIELENIE Z FUNDUSZU PRACY REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

WNIOSKODAWCA..................................................................................................

NR WNIOSKU………………………TWORZONE STANOWISKO……………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OCENA WNIOSKODAWCY** | **Spełnia kryterium** | **Nie spełnia kryterium** | **Nie dotyczy/ uwagi** |
| 1 | Wnioskodawca nie jest w stanie likwidacji lub upadłości |  |  |  |
| 2 | Wnioskodawca wywiązał się z istotnych warunków umów zawartych z Urzędem w ostatnich 12 miesiącach |  |  |  |
| 3 | Wnioskodawca dokonał całkowitej spłaty zobowiązań wynikających z umów zawartych z Urzędem |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ** | | **Punktacja** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| 1 | Okres działalności wnioskodawcy | | max 6 | x |
|  | *działa na rynku powyżej 5 lat* | | 6 |  |
| *działa na rynku od 12 miesięcy do 5 lat* | | 4 |
| *działa na rynku od 6 do 12 miesięcy* | | 1 |
| 2 | Przebieg dotychczasowej współpracy z PUP Wadowice dotyczący refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: | | max 6 | x |
|  | *wnioskodawca nie korzystał ze środków na utworzenie miejsc pracy* | | 6 |  |
| *wnioskodawca korzysta lub korzystał ze środków na utworzenie miejsc pracy a realizacja umów przebiegała na poziomie bardzo dobrym* | | 4 |
| *wnioskodawca korzysta lub korzystał ze środków na utworzenie miejsc pracy realizacja umów przebiegała na poziomie dobrym* | | 3 |
| *wnioskodawca korzysta lub korzystał ze środków na utworzenie miejsc pracy realizacja umów przebiegała na poziomie dostatecznym* | | 1 |
| *wnioskodawca korzysta lub korzystał ze środków na utworzenie miejsc pracy realizacja umów przebiegała na poziomie niedostatecznym* | | 0 |
| 3 | Liczba stanowisk pracy utworzonych w ramach umów o refundację kosztów wyposażenia/doposażenia stanowisk pracy trwających i nierozliczonych na dzień złożenia wniosku | | max 5 | x |
|  | *0 stanowisk pracy* | | 5 |  |
| *1 stanowisko pracy* | | 3 |
| *więcej niż 1 stanowisko pracy* | | 1 |
| 4 | Zawód lub specjalność wg klasyfikacji w KZS – odpowiadające tworzonemu stanowisku pracy | | max 5 | x |
|  | *grupa 7 – robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy*  *grupa 8 – operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń* | | 5 |  |
| *grupa 2 – specjaliści*  *grupa 3 – technicy i inny średni personel* | | 4 |
| *grupa 4 – pracownicy biurowi*  *grupa 5 – pracownicy usług osobistych i sprzedawcy*  *grupa 6 – rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy* | | 3 |
| *grupa 9 – pracownicy przy pracach prostych* | | 1 |
| *grupa 1 – przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy*  *grupa 10 – siły zbrojne* | | 0 |
| 5 | Zobowiązanie do zatrudnienia po okresie 18 –miesięcznego lub 12-miesięcznego zatrudnienia zobowiązaniowego wynikającego z ustawy | | max 4 | x |
|  | *deklaruje utrzymanie dalszego zatrudnienia na okres powyżej 3 miesięcy* | | 4 |  |
| *deklaruje utrzymanie dalszego zatrudnienia na okres od 1 do 3 miesięcy* | | 3 |
| *deklaruje utrzymanie dalszego zatrudnienia na okres 30 dni* | | 2 |
| *nie deklaruje utrzymania dalszego zatrudnienia na okres co najmniej 30 dni* | | 0 |
| 6 | Poprawność uzupełnienia wniosku, kalkulacja wydatków, szczegółowa specyfikacja wraz z uzasadnieniem | | max 16 | x |
|  | *wniosek jest prawidłowo wypełniony, kalkulacja jest prawidłowo sporządzona, zawiera pełne uzasadnienie* | | 16 |  |
| *wniosek wymaga zmian, uzupełnień lub zmniejszenia wnioskowanych kosztów refundacji* | | 1-15 |
| *wniosek jest nieprawidłowo sporządzony, sporządzona, refundacja obejmuje koszty, których nie można uwzględnić, wskazane koszty nie są bezpośrednio i jednoznacznie związane z tworzonym stanowiskiem lub większość kosztów jest zawyżona i wymaga całkowitej zmiany* | | 0 |
|  |  | **Maksymalna liczba punktów jaką można uzyskać** | **42** | x |
|  |  | **Liczba punktów razem** |  | |

.............................................................................. *data i podpis pracownika oceniającego wniosek*

**Wniosek otrzymuje pozytywną ocenę jeżeli uzyska co najmniej 30 punktów.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Propozycja:** | | *..………………………….*  *(data i podpis kierownika działu)* |
| Negatywna ocena wniosku – w trakcie oceny wnioskodawcy stwierdzono niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów oceny wnioskodawcy |  |
| Negatywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia, niespełniony warunek uzyskania co najmniej 30 punktów |  |
| Pozytywna ocena wniosku - uwzględnienie do realizacji |  |
| Pozytywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia do realizacji – rozdysponowane środki |  |
| **Decyzja Dyrektora PUP lub Z-cy Dyrektora:** | | ………………………………………  *(data i podpis)* |
| Negatywna ocena wniosku – w trakcie oceny wnioskodawcy stwierdzono niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów oceny wnioskodawcy |  |
| Negatywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia, niespełniony warunek uzyskania co najmniej 30 punktów |  |
| Pozytywna ocena wniosku - uwzględnienie do realizacji |  |
| Pozytywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia do realizacji – rozdysponowane środki |  |