*Załącznik nr 2 do Zasad*

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O PRZYZNANIE OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ ŚRODKÓW NA PODJĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, ROLNICZEJ ALBO DZIAŁALNOŚCI W  FORMIE SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ**

WNIOSKODAWCA ………….…………………………………………………………… NR WNIOSKU .................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ** | **Punktacja** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| 1 | Wnioskodawca planuje: | max 3 |  |
|  | *prowadzić działalność samodzielnie* | 3 |  |
| *prowadzić działalność wraz z innymi osobami lub podmiotami* | 1 |
| 2 | Wola innych osób lub podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, rolniczą albo działalność w formie spółdzielni socjalnej przyjęcia Wnioskodawcy do tej działalności | max 1 |  |
|  | *jest określona wola przyjęcia w dokumencie dołączonym do wniosku lub dokument nie jest wymagany w przypadku działalności prowadzonej samodzielnie* | 1 |  |
| *brak woli przyjęcia Wnioskodawcy do prowadzonej działalności* | 0 |
| 3 | Forma prawna, rodzaj i sposób wykonywania planowanej działalności /działalności spółdzielni socjalnej | max 5 |  |
|  | *produkcyjna* | 5 |  |
| *usługowa* | 4 |
| *zawodowa (działalność prowadzona przez osoby fizyczne w sferze tzw. wolnych zawodów)* | 4 |
| *handlowa inna niż prowadzona przez domy sprzedaży wysyłkowej lub Internet* | 3 |
| *handlowa prowadzona przez domy sprzedaży wysyłkowej lub Internet* | 2 |
| *planowana działalność będzie w zakresie handlu obwoźnego lub akwizycji, związana z grami losowymi i zakładami wzajemnymi (np. salon gier, kasyno, eksploatacja automatów do gier hazardowych, zakłady bukmacherskie), prowadzona w formie usług wróżbiarskich i ezoterycznych, agencji towarzyskiej, lombardu, działalności sezonowej, zarejestrowanej poza granicami kraju* | 0 |
| 4 | Miejsce prowadzenia działalności | max 5 |  |
|  | *na terenie powiatu wadowickiego* | 5 |  |
| *poza terenem powiatu wadowickiego* | 1 |
| 5 | Popyt i podaż lokalnego rynku pracy na planowaną działalność | max 5 |  |
|  | *do kogo będzie skierowana oferta, rodzaj i ilość planowanych i możliwych do wytworzenia produktów i sprzedaży usług, opis klientów i dystrybucji wraz z dołączonymi dokumentami, ilość istniejących podmiotów na rynku lokalnym działających w takim zakresie jak planowana działalność, zapotrzebowanie na planowane usługi i produkty* | 1 – 5 |  |
| 6 | Posiadanie zaplecza lokalowego na prowadzenie działalności, przechowywanie zakupionych środków trwałych, maszyn, urządzeń, narzędzi, sprzętu | max 3 |  |
|  | *własny, użyczony lub wynajmowany – nie wymagający remontu lub adaptacji z dofinansowania* | 3 |  |
|  | *własny wyodrębniony z części mieszkaniowej, użyczony lub wynajmowany – wymagający remontu lub adaptacji z dofinansowania* | 1 |
| 7 | Kwalifikacje i uprawnienia Wnioskodawcy lub innych osób , w przypadku wykonywania czynności wymagających tych uprawnień i kwalifikacji do prowadzenia działalności oraz doświadczenie i umiejętności Wnioskodawcy lub innych osób przydatne w planowanej działalności | max 7 |  |
| a | *wykształcenie Wnioskodawcy lub innych osób zgodne z kierunkiem planowanej działalności* | 3 |  |
| *wykształcenie Wnioskodawcy lub innych osób zbliżone do kierunku planowanej działalności* | 1 |
| *wykształcenie Wnioskodawcy lub innych osób niezgodne z planowaną działalnością* | 0 |
| b | *kwalifikacje Wnioskodawcy lub innych osób zgodne z kierunkiem planowanej działalności* | 1 |  |
| *kwalifikacje Wnioskodawcy lub innych osób niezgodne z kierunkiem planowanej działalności* | 0 |
| c | *doświadczenie zawodowe Wnioskodawcy lub innych osób zgodne lub zbliżone z planowaną działalnością powyżej 6 miesięcy (potwierdzone świadectwami pracy, umowami cywilnoprawnymi, prowadzeniem działalności gospodarczej)* | 3 |  |
| *doświadczenie zawodowe Wnioskodawcy lub innych osób zgodne lub zbliżone z planowaną działalnością do 6 miesięcy (potwierdzone świadectwami pracy, umowami cywilnoprawnymi, prowadzeniem działalności gospodarczej)* | 1 |
| *nie posiada doświadczenia zawodowego zgodnego z planowaną działalnością* | 0 |
| d | *pozytywna opinia doradcy zawodowego uwzględniająca ocenę umiejętności i kompetencji wnioskodawcy – jeżeli suma punktów części a+b+c jest 0* | 1 |  |
| 8 | Wydatki planowane do sfinansowania z przyznanych środków | max 5 |  |
|  | *są adekwatne do planowanej działalności, racjonalne, celowe, uwzględniono odpowiednie ceny, wymagają zmian lub sfinansowania z własnych środków* | 0 – 5 |  |
| 9 | Wysokość udokumentowanego finansowego wkładu własnego, własny lokal, wkład rzeczowy | max 3 |  |
|  | *powyżej 20 % wnioskowanej kwoty* | 3 |  |
|  | *brak lub poniżej 20 % wnioskowanej kwoty* | 1 |
| 10 | Zaległości Wnioskodawcy w zobowiązaniach wobec PFRON, zaleganie z opłacaniem w terminie podatków i innych danin publicznych, zaległości w ZUS/KRUS i US z tytułu wcześniejszego prowadzenia działalności, obciążenia z tytułu wyroków sądowych , zajęć komorniczych | max 1 |  |
|  | *nie posiada zaległości i obciążeń* | 1 |  |
| *posiada zaległości lub obciążenia* | 0 |
| 11 | Zgoda współmałżonka na zawarcie umowy przez Wnioskodawcę | max 1 |  |
|  | *współmałżonek wyraził zgodę lub zgoda nie jest wymagana* | 1 |  |
|  | *współmałżonek nie wyraził zgody* | 0 |
| 12 | Zaległości spółdzielni socjalnej, do której zamierza przystąpić Wnioskodawca lub osób/podmiotów, z którymi Wnioskodawca zamierza prowadzić działalność w zobowiązaniach wobec PFRON, ZUS/KRUS i US | max 1 |  |
|  | *nie posiadają zaległości* | 1 |  |
| *posiadają zaległości* | 0 |
| 13 | Zgodność z zasadami udzielania pomocy de minimis | max 1 |  |
|  | *Wnioskodawca spełnia warunki do otrzymania pomocy de minimis, wniosek jest zgodny*  *z zasadami udzielania pomocy de minimis* | 1 |  |
| *Wnioskodawca nie spełnia warunków do otrzymania pomocy de minimis lub wniosek jest niezgodny z zasadami udzielania pomocy de minimis* | 0 |
|  | **Maksymalna liczba punktów jaką można uzyskać za złożony wniosek** | **41** |  |
|  | **Liczba punktów uzyskana przez wnioskodawcę za złożony wniosek** |  | |
|  | **Kryteria, w których uzyskano 0 punktów** |  | |

..............................................................................

data i podpis pracownika oceniającego wniosek

**Protokół oceny wniosków nr** ………………………………………………………………. **z dnia** ………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Propozycja:** | | *..…………………………………………………………………………*  *(data i podpis kierownika działu/referatu)* |
| Negatywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia, nie spełniony warunek uzyskania co najmniej 1 pkt w każdym kryterium |  |
| Pozytywna ocena wniosku - uwzględnienie do realizacji |  |
| Pozytywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia do realizacji – rozdysponowane środki |  |
| **Decyzja Dyrektora PUP lub Z-cy Dyrektora PUP:** | | ……………………………………………………………………….  *(data i podpis Dyrektora PUP lub Zastępcy Dyrektora PUP)* |
| Negatywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia, nie spełniony warunek uzyskania co najmniej 1 pkt w każdym kryterium |  |
| Pozytywna ocena wniosku - uwzględnienie do realizacji |  |
| Pozytywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia do realizacji – rozdysponowane środki |  |