*Załącznik nr 2 do Zasad*

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

**O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

WNIOSKODAWCA ……………………………………………………………………………………………….……………………………..

NR WNIOSKU: CAZ.I-7420-……./….../….…

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ** | **Punktacja** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| 1 | Okres działalności wnioskodawcy | max 3 |  |
|  | *działa na rynku powyżej 24 miesięcy* | 3 |  |
| *działa na rynku od 12 do 24 miesięcy*  | 2 |
| 2 | Ocena analizy finansowej wnioskodawcy | max 1 |  |
|  | *pozytywna* | 1 |  |
| *negatywna* | 0 |
| 3 | Współpraca pracodawcy z PUP dotycząca realizowanych i zakończonych form wsparcia w bieżącym roku oraz dwóch poprzednich latach | max 4 |  |
|  | *pracodawca nie korzystał z form wsparcia* | 4 |  |
| *pracodawca korzystał z różnych form wsparcia i wywiązał się z warunków zawartych umów* | 2 |
| *pracodawca nie wywiązał się z warunków chociażby jednej umowy* | 0 |
| 4 | Realizowanie form wsparcia na dzień złożenia wniosku (umowy trwające i nie rozliczone) | max 4 |  |
|  | *na dzień złożenia wniosku nie ma realizowanych żadnych umów* | 4 |  |
| *na dzień złożenia wniosku są realizowane umowy lub są zakończone ale jeszcze nie rozliczone* | 1 |
| 5 | Planowana lokalizacja nowych miejsc pracy | max 4 |  |
|  | *na terenie powiatu wadowickiego* | 4 |  |
| *w powiatach sąsiadujących z powiatem wadowickim, pod warunkiem że wniosek będzie spełniał warunki „odpowiedniej pracy” określone w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* | 1 |
| *poza ww powiatami – brak możliwości realizacji z uwagi na niespełnienie warunków „odpowiedniej pracy”*  | 0 |
| 6 | Zawód lub specjalność wg klasyfikacji w KZS – odpowiadające tworzonemu stanowisku pracy | max 5 |  |
|  | *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 |
| 7 | Wydatki zaplanowane do zrefundowania | max 5 |  |
|  | *są racjonalne, celowe, zgodne ze specyfiką tworzonego stanowiska i nie zawierają kosztów wyszczególnionych w § 5 ust. 5 Zasad* | 5 |  |
| *wymagają uzgodnień i niewielkich zmian lub dokładniejszego uzasadnienia* | 3 |
| *mogą zostać zmniejszone z uwagi na racjonalność, celowość, adekwatność, zawyżone oszacowanie kosztów lub uwzględnienie kosztów, które nie podlegają refundacji zgodnie z Zasadami* | 2 |
| *są nieracjonalne, niecelowe, niezgodne ze specyfiką tworzonego stanowiska, uwzględniają koszty, które nie podlegają refundacji zgodnie z Zasadami.* | 0 |
| 8 | Udział własny procentowy ( % ) w wyposażeniu stanowiska pracy: | max 5 |  |
|  | *powyżej 20 %* | 5 |  |
| *od 6 % do 20 %* | 3 |
| *od 0 % do 5 %* | 1 |
| 9 | *Proponowana forma zabezpieczenia* | max 4 |  |
|  | *blokada środków na rachunku bankowym, gwarancja bankowa* | 4 |  |
|  | *poręczenie cywilne, weksel awal (z poręczeniem)* | 3 |  |
|  | *akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika, zastaw na prawach lub rzeczach* | 2 |  |
|  | *wymagana zmiana formy zabezpieczenia* | 1 |  |
| 10 | Deklarowanie utrzymania dalszego zatrudnienia po 36 miesiącach zobowiązaniowego utrzymania refundowanego stanowiska  | max 5 |  |
|  | *deklaruje utrzymanie zatrudnienia dłuższego niż 3 miesiące* | 5 |  |
| *deklaruje utrzymanie zatrudnienia na okres od 30 dni do 3 miesięcy* | 3 |
| *nie deklaruje utrzymania dalszego zatrudnienia* | 1 |
|  | **Maksymalna liczba punktów jaką można uzyskać za złożony wniosek** | **40** |  |
|  | **Liczba punktów uzyskana przez wnioskodawcę za złożony wniosek** |  |
|  | **Kryteria, w których uzyskano 0 punktów** |  |

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

 data i podpis pracownika oceniającego wniosek

**Niezależnie od liczby uzyskanych punktów wniosek otrzymuje pozytywną ocenę jeżeli w każdym kryterium oceny merytorycznej uzyska co najmniej 1 pkt.**

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  |  |