Załącznik nr 4

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

Imię i nazwisko wnioskodawcy:……..……..……..……

Data złożenia wniosku: ……..……...

Numer identyfikacyjny wniosku: ……

Znak sprawy:……..……..……

Podstawowe kryteria oceny wniosku

Lp.	Kryteria oceny	Liczba punktów możliwych do uzyskania	Liczba punktów przyznanych przez pracownika działu ZRZ/FWP	Liczba punktów przyznanych przez osobę weryfikującą
CZĘŚĆ I - wypełnia doradca zawodowy				
1.	**Potencjał osobowościowy wnioskodawcy, na podstawie opinii doradcy zawodowego:**			
	1) niski	**0**		
	2) przeciętny	**1**		
	3) wysoki	**2**		
			Data i podpis doradcy zawodowego: …..…… ……	**Data i podpis osoby weryfikującej:** …… ……
CZĘŚĆ II - wypełnia pracownik Wieloosobowego Samodzielnego Stanowiska Ds. Form Wsparcia i Przedsiębiorczości				
2.	**Rodzaj planowanej działalności:**			
	1) handlowa	**1**		
	2) budowlana	**2**		
	3) usługowa	**3**		
	4) wytwórcza	**4**		
3.	**Planowane miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:**			
	1) poza terenem powiatu	**0**		
	2) na terenie powiatu	**2**		
4.	**Pomysł na biznes:**			
	1) zapotrzebowanie rynku na planowaną działalność gospodarczą (popyt i podaż lokalnego rynku na planowaną działalność)	**0-3**		
	2) innowacyjność produktu/usługi	**0-3**		
5.	**Znajomość konkurencji i wskazanie odbiorców, dostawców usługi/produktu**	**0-3**		

6.	**Opłacalność i efektywność przedsięwzięcia:**			
	1) analiza finansowa przedsięwzięcia (ocena realności prognozowanych przychodów i przewidywanych kosztów zamierzonej działalności gospodarczej, spójność, efektywność, opłacalność sporządzonej kalkulacji finansowej)	**0-3**		
	2) proponowane zakupy w ramach wnioskowanych środków, ocena racjonalności wydatków w odniesieniu do profilu planowanej działalności gospodarczej	**0-4**		
	3) analiza ryzyka funkcjonowania działalności gospodarczej w okresie pierwszych 24 miesięcy	**0-3**		
7.	**Wysokość środków własnych wnioskodawcy:**			
	1) brak środków własnych	**0**		
	2) posiada środki własne:			
	a) do 10 % wnioskowanych środków	**1**		
	b) powyżej 10% do 30% wnioskowanych środków	**2**		
	c) powyżej 30% wnioskowanych środków	**3**		
			Data i podpis pracownika FWP: …… ……	**Data i podpis osoby weryfikującej:** …… ……
	SUMA PUNKTÓW	**max. 30**		

UWAGA!
Tylko wnioskodawca, którego wniosek uzyskał liczbę punktów równą lub wyższą niż 15 (tj. 50% i powyżej) może otrzymać wsparcie.

Komisja **akceptuje/ nie akceptuje*** punkty przyznane przez pracowników działów ZRZ i FWP.

Zastosowano/ nie zastosowano* dodatkowe kryteria oceny wniosków, tj. …….

……...

Komisja wnioskuje o **pozytywne/negatywne*** rozpatrzenie wniosku

Skład komisji:

Przewodniczący: ……..……

Członek: ……..

Członek: ……..

Członek: ……..

*** niepotrzebne skreślić**