

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O PRYZNANIE OSOBIE
NIEPEŁNOSPRAWNEJ 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 wnioskuję o **pozytywne/negatywne*** rozpatrzenie wniosku

Skład komisji:

Przewodniczący:

Członek:

Członek:

Członek:

*** niepotrzebne skreślić**