# Opis: Opis: Opis: Opis: Opis: Opis: Opis: Opis: Opis: Opis: C:\Users\walczaka\Desktop\INFORMACJA I PROMOCJA 2014-2020\LOgotypy 2014-2020 poziom\PNG - EFS - Poziom.png

### Karta oceny formalnej wniosku o dofinansowanie realizacji projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

**NUMER WNIOSKU**:

**SUMA KONTROLNA WNIOSKU:**

**INSTYTUCJA ROZPATRUJĄCA WNIOSEK:**

**NUMER NABORU/KONKURSU:**

**TYTUŁ PROJEKTU**:

**WNIOSKODAWCA:**

**OCENIAJĄCY:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **OGÓLNE KRYTERIA FORMALNE** | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** | **Uwagi**  |
| 1 | **Czy wnioskodawca oraz partnerzy (jeśli dotyczy) są podmiotami uprawnionymi do aplikowania o środki w ramach konkursu/naboru?** |  |  |  |  |
| 2 | **Czy wnioskodawca oraz partnerzy nie podlegają wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej?** |  |  |  |  |
| 3 | **Czy wnioskodawca posiada odpowiedni potencjał finansowy?** |  |  |  |  |
| 4 | **Czy we wniosku w sposób prawidłowy zastosowano uproszczone metody rozliczania wydatków?** |  |  |  |  |
| 5 | **Czy okres realizacji projektu jest zgodny z okresem kwalifikowania wydatków w RPO WSL?** |  |  |  |  |
| 6 | **Czy projekt jest zgodny z przepisami art. 65 ust. 6 i art. 125 ust. 3 lit. e) i f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.?** |  |  |  |  |
| 7 | **Czy wartość projektu została prawidłowo określona?** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **B** | **KRYTERIA DOSTĘPU WERYFIKOWANE NA ETAPIE OCENY FORMALNEJ (wypełnić zgodnie z zapisami *SZOOP*)** | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** | **Uwagi** |
| 1 | **Czy planowany termin zakończenia realizacji projektu nie wykracza poza 31.12.2018r.?** |  |  |  |  |
| 2 | **Czy we wniosku o dofinansowanie projektu wskazano, że projekt wynika z Programu Rewitalizacji lub wskazano, że jest komplementarny z interwencją podejmowaną w ramach EFRR?** |  |  |  |  |
| 3 | **Czy w przypadku gdy projekt wynika z Programu Rewitalizacji Program ten spełnia wymogi określone w „Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020”?** |  |  |  |  |
| 4 | **Czy w przypadku gdy projekt uwzględnia usługi zdrowotne (5 typ projektu) są one realizowane z przynajmniej jedynym typem projektów wskazanych w pkt. 1 -4?** |  |  |  |  |
| 5 | **Czy wskaźnik efektywności społeczno-zatrudnieniowej dla uczestników projektu mierzony w okresie do 3 miesięcy po zakończonym udziale w projekcie wynosi co najmniej 56%, w tym efektywności zatrudnieniowej co najmniej 22%, a w odniesieniu do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi minimalny poziom efektywności społeczno -zatrudnieniowej wynosi 46%, w tym minimalny poziom efektywności zatrudnieniowej 12%?** |  |  |  |  |
| 6 | **Czy projekt zakłada udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie lub w związku z zakresem objętym wsparciem, za wyjątkiem usług niezbędnych do realizacji celów projektu, które jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych? Kryterium obligatoryjne dla 5 typu projektu.** |  |  |  |  |
| 7 | **Czy projekt przewiduje realizację świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą?** |  |  |  |  |
| 8 | **Czy projekt przewiduje udzielanie usług zdrowotnych w oparciu o Evidence Based Medicine?** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **C** | **DECYZJA W SPRAWIE POPRAWNOŚCI WNIOSKU** | **TAK** | **NIE** |  |  |
|  | **Czy wniosek spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne oraz dostępu weryfikowane na etapie oceny formalnej i może zostać przekazany do oceny merytorycznej?** |  |  |  |  |

Automatycznie.

Tak jeżeli: 6=tak, i/ lub uzyskano 3 pkt.

Automatycznie.

Tak jeżeli: 6=tak, i/ lub uzyskano 3 pkt.