**Załącznik nr 13 do Regulaminu przyznawania środków finansowych na założenie własnej działalności gospodarczej oraz wsparcia pomostowego**

**KARTA WERYFIKACJI MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O PRZYZNANIE WSPARCIA POMOSTOWEGO**

Oś Priorytetowa I Rynek pracy otwarty dla wszystkich

Działanie 1.2 Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy

Poddziałanie 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020

Nazwa projektu: *„*Rozwiń Skrzydła – dotacje dla młodych*”*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** |  |
| **Imię i nazwisko  Uczestnika Projektu** |  |
| **Nazwa i adres Przedsiębiorstwa** |  |
| **Nr rekrutacyjny:** |  |
| **Imię i Nazwisko Oceniającego:** |  |

**DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI OCENIAJĄCEGO**

**Imię:**

**Nazwisko:**

**Beneficjent:**

**Oceniany wniosek:**

Niniejszym oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim, ani faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z wnioskodawcą lub jego zastępcami prawnymi. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Beneficjenta i wycofania się z oceny tego projektu,

- przed upływem trzech lat od daty rozpoczęcia oceny formalnej wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego nie pozostawałem/łam w stosunku pracy lub zlecenia z podmiotem ubiegającym się o przyznanie wsparcia. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Beneficjenta i wycofania się z oceny tego projektu,

- nie pozostaję z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Beneficjenta i wycofania się z oceny tego projektu,

- zobowiązuję się, że będę wypełniać moje obowiązki w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,

- zobowiązuje się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji,

- zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione stronom trzecim.

…………., dnia …..…………………… r. *.....................................................*

*miejscowość i data PODPIS OCENIAJĄCEGO*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria wydatku** | **Koszt miesięczny podany we wniosku/koszt za …. miesięcy w PLN NETTO** | | **Kwota wydatku przyznana przez Eksperta koszt miesięczny/koszt za ….. miesięcy w PLN NETTO** | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie (minimum 10 zdań) w oparciu o kryteria:**  - zasadność wsparcia;  - związek wydatków planowanych do poniesienia ze wsparcia pomostowego w stosunku do prowadzonej działalności gospodarczej;  - czy wydatki planowane do poniesienia ze wsparcia pomostowego nie są tożsame z wydatkami w ramach wsparcia finansowego;  - cel i przedmiot udzielonego wsparcia pomostowego;  - wydatki kwalifikowalne;  - intensywność pomocy;  - maksymalna wartość pomocy de minimis. |
|  |

**Wartości kategorii, które ulegają obniżeniu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr kategorii** | **Nazwa kategorii wydatku** | **Wartość pierwotna NETTO** | **Wartość po zmianie NETTO** | **Różnica** | **Powód zmiany kwoty wydatku** (np. zawyżony koszt w stosunku do ceny rynkowej, wydatek niekwalifikowalny itp.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość obniżenia kategorii wydatku** | | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowana kwota wsparcia pomostowego** | **Data** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko pracownika Eksperta** | **Data** | **Podpis** |
|  |  |  |