|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FISZKA PROJEKTOWA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dla celu ogólnego 1:  **Wsparcie inkluzji społecznej i rozwoju gospodarczego** | | | | | | **Lokalna Grupa Działania  „Brynica to nie granica”** | | | | Nr wniosku  (wypełnia LGD)  …………………………… | | | | | | | |
| NUMER NABORU | | | **2/2017** | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA PRZEDSIĘWZIĘCIA | | | **P.2.2.2 Rozwój inicjatyw lokalnych o charakterze usługowym, w tym kreowanie współpracy.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ A** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Tytuł projektu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. Wnioskodawca | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.1. Nazwa lub imię i nazwisko | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| II.2. Adres | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| III. Osoba uprawniona do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III.1. Imię i nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| III.2. Adres | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| III.3. E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| III.4. Telefon | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| IV. Zakres operacji | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV.1. Operacja dotyczy rozwoju przedsiębiorczości na obszarze wiejskim objętym LSR przez rozwijanie działalności gospodarczej | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.2. Wnioskodawca w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o przyznanie pomocy wykonywał łącznie przez co najmniej 365 dni działalność gospodarczą, do której stosuje się przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej1 | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.3. Wnioskodawcy nie została dotychczas przyznana pomoc w zakresie określonym w § 2 ust. 1 pkt 2 lit a rozporządzenia2 albo upłynęło co najmniej 2 lata od dnia przekazania temu podmiotowi pomocy na operację w zakresie określonym w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporzadzenia2 | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.4. Operacja zakłada utworzenie co najmniej jednego miejsca pracy w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne i jest to uzasadnione zakresem realizacji operacji, a osoba, dla której zostanie utworzone to miejsce pracy, zostanie zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub spółdzielczej umowy o pracę (nie ma zastosowania, gdy suma kwot pomocy przyznanej jednemu podmiotowi na dotychczas realizowane operacje oraz kwoty pomocy, o której przyznanie ubiega się Wnioskodawca na realizacje danej operacji, nie przekracza 25 tys. złotych) | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| **ND** | | | ❒ | |
| IV.5. Operacja zakłada utrzymanie miejsc pracy, w tym miejsc pracy, które zostaną utworzone w ramach realizacji operacji, do dnia, w którym upłynie 3 lata od dnia wypłaty płatności końcowej | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.6. Działalność gospodarcza będąca przedmiotem operacji nie jest sklasyfikowana wg PKD, o których mowa w § 8 rozporządzenia2 | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.7. Operacja dotyczy jednocześnie podnoszenia kompetencji osób realizujących operacje w zakresie określonym w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporzadzenia2 | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| *1Ustwa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2015, poz. 584 z późn. zm.) 2Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 24 września 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach poddziałania "Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność" objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz. U. poz. 1570 z późn. zm.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V. Doradztwo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V.1. Czy korzystał Pan/Pani (ewentualnie pełnomocnik lub osoba upoważniona i odpowiedzialna za przygotowanie wniosku o przyznanie pomocy) z doradztwa świadczonego w biurze LGD? | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | | ❒ | |
| **NIE** | | | | ❒ | |
| V.2. Rodzaj doradztwa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI. Zgodność operacji z celami przekrojowymi Programu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI.1. **INNOWACYJNOŚĆ**  *Projekty oryginalne w skali lokalnej – tj.:  - wykorzystujące nie praktykowane dotąd lokalnie rozwiązania technologiczne czy zastosowane materiały,*  *- planowane innowacyjne, dotąd nie wdrażane lokalnie procesy społeczne, rozwiązania organizacyjne, innowacyjne metody rozwiązania problemów,*  *- rozwiązania wykorzystujące lokalne zasoby i lokalny potencjał.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TAK** ❒ | | | | | | | | **ND** ❒ | | | | | | | | | |
| VI.2. Uzasadnienie innowacyjności projektu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VII. Operacja jest dedykowana grupie(-om) defaworyzowanej(-ym), określonej w LSR: | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |
| **NIE** | | | ❒ |
| VII.1. Liczba grup defaworyzowanych, do których dedykowana jest operacja | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| VII.2. Nazwa grupy/grup defaworyzowanej(-ych) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VII.3. Operacja jest dedykowana grupie(-om) defaworyzowanej(-ym), poprzez utworzenie/utrzymanie miejsc(a) pracy | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |
| **NIE** | | | ❒ |
| VIII. Operacja realizowana przez osobę z grupy defaworyzowanej, określonej w LSR: | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |
| **NIE** | | | ❒ |
| VIII.1. Nazwa grupy defaworyzowanej | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IX. Operacja zakłada utworzenie/utrzymanie miejsc(a) pracy | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |
| **NIE** | | | ❒ |
| IX.1. Operacja zakłada utworzenie miejsc(a) pracy w sektorze usług | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |
| **NIE** | | | ❒ |
| IX.2. Liczba nowych miejsc pracy utworzonych w wyniku realizacji projektu w sektorze usług | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| X. Operacja wpisuje się w cele szczegółowe powiązane: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3A: Poprawa konkurencyjności producentów rolnych poprzez lepsze ich zintegrowanie z łańcuchem rolno-spożywczym poprzez systemy jakości, dodawanie wartości do produktów rolnych, promocję na rynkach lokalnych i krótkie cykle dostaw, grupy i organizacje producentów oraz organizacje międzybranżowe | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |  |
| **NIE** | | | ❒ |
| 6A: Ułatwianie różnicowania działalności, zakładania i rozwoju małych przedsiębiorstw, a także tworzenia miejsc pracy | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |  |
| **NIE** | | | ❒ |
| 6C: Zwiększenie dostępności technologii informacyjno-komunikacyjnych (TIK) na obszarach wiejskich oraz podnoszenie poziomu korzystania z nich i poprawianie ich jakości | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |
| **NIE** | | | ❒ |
| **CZĘŚĆ B** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Proszę opisać posiadane przez Wnioskodawcę doświadczenie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.1. Proszę opisać posiadane **doświadczenie** w realizacji projektów o charakterze podobnym do operacji, którą Wnioskodawca zamierza realizować | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L.p. | Tytuł projektu | | | | | | Okres realizacji | | Wartość projektu | | Źródła finansowania | | | | | | |
| 1. |  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | |
| 2. |  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | |
| 3. |  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | |
| I.2. Proszę opisać posiadane **zasoby** odpowiednie do przedmiotu operacji, którą Wnioskodawca zamierza realizować, lub | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.3. Proszę opisać posiadane **kwalifikacje** odpowiednie do przedmiotu operacji, którą Wnioskodawca zamierza realizować, jeśli jest osobą fizyczną , lub | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.4. Wnioskodawca **wykonuje działalność odpowiednią do przedmiotu operacji**, którą zamierza realizować? Proszę o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | ❒ |
| **NIE** | | ❒ |
| **ND** | | ❒ |
| I.5. Do fiszki projektowej dołączam następujące dokumenty poświadczające doświadczenie (np. kopia umowy przyznania pomocy w przypadku realizacji operacji ze źródeł zewnętrznych, inne dokumenty potwierdzające powyższe) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Nazwa dokumentu poświadczającego doświadczenie | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| … | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| II. Projekt związany z turystyką | | | | | | | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| II.1 Uzasadnienie powiązania projektu z turystyką | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| III. Zdolność Wnioskodawcy do zapewnienia finansowania projektu | | | | | | | | |
| III. 1. Wnioskodawca posiada zdolność do zapewnienia finansowania projektu | | | | | | | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| III.2. Nazwa dokumentu poświadczającego zdolność Wnioskodawcy do zapewnienia finansowania projektu | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| IV. Poziom zaangażowania społeczności lokalnej | | | | | | | | |
| IV.1. Projekt będzie realizowany samodzielnie przez Beneficjenta | | | | | | | | ❒ |
| IV.2. Projekt będzie realizowany z jednym partnerem | | | | | | | | ❒ |
| IV.3. Projekt będzie realizowany z więcej niż jednym partnerem | | | | | | | | ❒ |
| IV.4. Do fiszki projektowej dołączam następujące dokumenty poświadczające realizację projektu z partnerem/partnerami (np. oświadczenie, porozumienie stron) | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | | |
| … |  | | | | | | | |
| V. Proszę podać całkowitą wartość projektu, kwotę kosztów kwalifikowalnych operacji oraz wnioskowaną kwotę pomocy (w zł.) | | | | | | | | |
| V.1. Całkowita wartość projektu: | | | |  | | | | |
| V.2. Koszty kwalifikowalne: | | | |  | | | | |
| V.3. Wnioskowana kwota pomocy: | | | |  | | | | |
| VI. Zasięg oddziaływania projektu | | | | | | | | |
| VI.1. Miejscowość(-ci), w której(-ych), będzie realizowany projekt | | | 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| VI. 2. Projekt zakłada współpracę między mieszkańcami miejscowości | | | | | | | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| VI.3. Proszę opisać na czym będzie polegać zakładana w projekcie współpraca między mieszkańcami | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| VII. Miejsce realizacji operacji | | | | | | | | |
| VII.1. Miejscowość powyżej 5000 mieszkańców | | | | | |  | | |
| VII.2. Miejscowość od 3001 do 5000 mieszkańców | | | | | |  | | |
| VII.3. Miejscowość do 3000 mieszkańców | | | | | |  | | |
| VIII. Operacja zostanie zrealizowana w okresie do jednego roku od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie | | | | | | | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| IX. Proszę podać, w który cel ogólny, szczegółowy oraz przedsięwzięcie wpisuje się operacja oraz które z wymienionych w LSR wskaźniki produktu i rezultatu zostaną osiągnięte dzięki jej realizacji | | | | | | | | |
| Cel ogólny | | *nr:* | | |  | | | |
| *nazwa:* | | |  | | | |
| Cel szczegółowy | | *nr:* | | |  | | | |
| *nazwa:* | | |  | | | |
| Przedsięwzięcie | | *nr:* | | |  | | | |
| *nazwa:* | | |  | | | |
| Wskaźnik produktu | | *nazwa:* | | |  | | | |
| *jednostka miary:* | | |  | | | |
| *wartość jaka zostanie osiągnięta dzięki operacji:* | | |  | | | |
| Wskaźnik rezultatu | | *nazwa:* | | |  | | | |
| *jednostka miary:* | | |  | | | |
| *wartość jaka zostanie osiągnięta dzięki operacji:* | | |  | | | |
| ***Oświadczam, że:***  *Wszystkie podane w niniejszej fiszce informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym, faktycznym oraz wynikają z wniosku o przyznanie pomocy. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego.*  ………………………………  *(Podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | | | |
| ***Wyrażam zgodę*** *na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji konkursowej w celu oceny wniosku przez instytucje oceniające (Lokalną Grupę Działania „Brynica to nie granica”, Urząd Marszałkowski) zgodnie z przepisami ustawy z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).*  *..………………………………*  *(Podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | | | |
| Miejscowość i data: | | | | |  | | | |
| Podpis Wnioskodawcy/ osób upoważnionych do jego reprezentacji: | | | | |  | | | |

**Instrukcja wypełniania Fiszki Projektowej:**

*W odniesieniu do każdego pytania, w którym należy zaznaczyć odpowiedź, proszę wybrać odpowiednią stawiając znak X w odpowiednim wierszu.*

*Przy wypełnianiu Fiszki projektowej, należy wpisać dane zgodne z wnioskiem o przyznanie pomocy i stanem faktycznym, posiłkując się Lokalną Strategią Rozwoju LGD „Brynica to nie granica”.*

*Zaleca się, aby Fiszka wypełniona była elektronicznie i wydrukowana. W przypadku wypełniania odręcznego, gdy zakres niezbędnych informacji nie mieści się w przewidzianych do tego rubrykach, dane te należy zamieścić na dodatkowych kartkach ze wskazaniem, którego punktu Fiszki dotyczą oraz z adnotacją na formularzu Fiszki, że dana rubryka lub opis został dołączony. Dodatkowe strony, należy podpisać oraz opatrzyć datą i dołączyć do Fiszki przy pomocy zszywacza .*