|  |
| --- |
| **FISZKA PROJEKTOWA** |
| Dla celu ogólnego 1: **Poprawa jakości infrastruktury technicznej, transportowej, społecznej i publicznej** | **Lokalna Grupa Działania „Brynica to nie granica”** | Nr wniosku (wypełnia LGD)…………………………… |
| NUMER NABORU | **4/2017** |
| NAZWA PRZEDSIĘWZIĘCIA | **P.1.1.1 Budowa i remonty obiektów pełniących ważne funkcje publiczne.** |
| **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 budowy lub przebudowy infrastruktury**  | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| IV.1.1. Budowana i przebudowywana infrastruktura będzie miała ogólnodostępny lub niekomercyjny charakter | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| IV.1.2. Operacja dotyczy budowy lub przebudowy infrastruktury turystycznej lub rekreacyjnej lub kulturalnej | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| IV.1.3. Operacja służy zaspokojeniu potrzeb społeczności lokalnej | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| 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 zakłada utworzenie/utrzymanie miejsc(a) pracy | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| VIII.1. Operacja zakłada utworzenie miejsc(a) pracy w sektorze usług | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| VIII.2. Liczba nowych miejsc pracy utworzonych w wyniku realizacji projektu w sektorze usług |  |
| IX. 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, lub |
| 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 Wnioskodawcy |
| 1. |   |
| 2. |  |
| 3. |  |
| … |  |

|  |
| --- |
| II. Proszę podać całkowitą wartość projektu, kwotę kosztów kwalifikowalnych operacji oraz wnioskowaną kwotę pomocy (w zł.) |
| II.1. Całkowita wartość projektu: |  |
| II.2. Koszty kwalifikowalne: |  |
| II.3. Wnioskowana kwota pomocy: |  |
| III. Miejsce realizacji operacji |
| III.1. Miejscowość powyżej 5000 mieszkańców |  |
| III.2. Miejscowość od 3001 do 5000 mieszkańców |  |
| III.3. Miejscowość do 3000 mieszkańców |  |
| IV. Operacja zostanie zrealizowana w okresie do jednego roku od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie | **TAK** | ❒ |
| **NIE** | ❒ |
| V. 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 .*