|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | **5/2018** | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA PRZEDSIĘWZIĘCIA | | | **P.1.3.1 Budowa i przebudowa infrastruktury drogowej** | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 dróg** | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.1.1. Operacja dotyczy budowy lub przebudowy publicznych dróg gminnych lub powiatowych | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ | |
| **NIE** | | | ❒ | |
| IV.1.2. Budowa lub przebudowa publicznych dróg gminnych lub powiatowych umożliwi połączenie obiektów użyteczności publicznej, w których świadczone są usługi społeczne, zdrowotne, opiekuńczo-wychowawcze lub edukacyjne dla ludności lokalnej, z siecią dróg publicznych albo skróci dystans lub czas dojazdu do tych obiektów | | | | | | | | | | | | | **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: *osoby niepełnosprawne, młodzież (osoby od 11 do 25 roku życia), osoby starsze (osoby powyżej 50 roku życia), osoby bezrobotne.* | | | | | | | | | | | | | | **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: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| cel 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** | | | ❒ |
| cel 6A: Ułatwianie różnicowania działalności, zakładania i rozwoju małych przedsiębiorstw, a także tworzenia miejsc pracy | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | ❒ |  |
| **NIE** | | | ❒ |
| cel 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 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)* | | | | | | |
| ***Obowiązek informacyjny:***  *Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, informujemy, że:*  *- administratorem danych osobowych jest Lokalna Grupa Działania „Brynica to nie granica” z siedzibą  w Pyrzowicach, ul. Centralna 5, 42-625 Ożarowice,*  *- podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenie wsparcia w ramach inicjatywy LEADER Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014- 2020 oraz innych programów/ projektów przyczyniających się do realizacji zadań statutowych oraz realizacji Lokalnej Strategii Rozwoju Lokalnej Grupy Działania „Brynica to nie granica”,*  *- dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia wsparcia i obsługi inicjatywy LEADER Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 oraz innych programów/projektów przyczyniających się do realizacji zadań statutowych oraz realizacji Lokalnej Strategii Rozwoju Lokalnej Grupy Działania „Brynica to nie granica” przez czas określony w przepisach prawa, a w przypadku danych zebranych na podstawie zgody do czasu jej odwołania,*  *- dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom współpracującym jak i uprawnionym organom (np. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa); dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa,*  *- każda osoba, która wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych ma prawo dostępu do ich treści, ich poprawiania, przenoszenia, otrzymania kopii, wycofania udzielonej zgody, żądania ograniczenia przetwarzania danych, ich usunięcia oraz prawo do bycia zapomnianym w przypadku przetwarzania danych w celach marketingowych,*  *- w przypadku stwierdzenia, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,*  *- w Lokalnej Grupie Działania „Brynica to nie granica” został wyznaczony inspektor ochrony danych,  z którym można kontaktować się w siedzibie LGD lub za pośrednictwem adresu e- mail:* [*lgd@lgd-brynica.pl*](mailto:lgd@lgd-brynica.pl).  *..………………………………*  *(Podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | |
| Miejscowość i data: | | |  | | | |
| Podpis Wnioskodawcy/ osób upoważnionych do jego reprezentacji: | | | *..………………………………*  *(Podpis Wnioskodawcy)* | | | |

**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 .*