|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis „projektu” pod kątem spełniania lokalnych kryteriów wyboru operacji zapisanych w LSR „Partnerstwa Sowiogórskiego”** | | | | |
| *Załącznik stanowi uzupełnienie informacji zamieszczonych we wniosku.  W przypadku spełnienia kryterium Wnioskodawca zaznacza krzyżykiem pole OPIS i zamieszcza uzasadnienie kryterium. W przypadku niespełnienia kryterium wnioskodawca zaznacza krzyżykiem pole ND (nie dotyczy)\_* | | | | |
| *Nazwa Wnioskodawcy:* | |  | | |
|  | | | | |
| *Siedziba Wnioskodawcy:* | | |  | |
|  | | | | |
| *Tytuł operacji:* |  | | | |
|  | | | | |
| **WSPARCIE ROZWOJU PRZEDSIĘBIORSTW** | | | |
| 1. **OPARCIE OPERACJI NA LOKALNYCH WARTOŚCIACH I ZASOBACH**   Należy opisać w jaki sposób realizacja projektu będzie bazowała lub służyła zachowaniu przynajmniej **dwóch rodzajów** zasobów (kulturalnego, historycznego lub przyrodniczego). | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **OPERACJA SPOWODUJE UTWORZENIE W PRZELICZENIU NA PEŁNE ETATY ŚREDNIOROCZNE**   **A/ 2 I WIĘCEJ MIEJSC PRACY –**  **B/ PRZYCZYNI SIĘ DO UTRZYMANIA ISTNIEJĄCEGO MIEJSCA PRACY**  Należy wymienić ilość i rodzaj tworzonych miejsc pracy. | | | |
| A –  B – | | | |
| 1. **UDZIAŁ W OPERACJI OSÓB Z GRUP DEFAWORYZOWANYCH**   Należy wskazać czy operacja przewiduje u tworzenie miejsca pracy dla przedstawiciela z grupy defaworyzowanej. Jeżeli tak, to w jaki sposób. W przypadku osób bezrobotnych lub korzystających  z pomocy społecznej obowiązkowe dołączenia zaświadczenia wydanego przez właściwy organ. | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **URUCHAMIANA DZIAŁALNOŚĆ SPEŁNIA WARUNKI INNOWACYJNOŚCI**   Jakie cechy, formy innowacyjności posiada rozwijana działalność?  Operacja jest innowacyjna na terenie gminy Wnioskodawcy czy na całym obszarze LGD? | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **ROZWIJANA DZIAŁALNOŚĆ JEST ZWIĄZANA Z OBSŁUGĄ RUCHU TURYSTYCZNEGO LUB PRZETWÓRSTWEM PRODUKTÓW LOKALNYCH NA OBSZARZE LGD PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE**   W jaki sposób i przy pomocy jakich narzędzi operacja będzie powiązana z turystyką lub przetwórstwem produktów lokalnych na obszarze LGD? | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **WNIOSKODAWCA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO ROZPROPAGOWANIA ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OPERACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI DO ZAMIESZCZENIA LOGOTYPU LGD ORAZ INNYCH ZGODNIE Z KSIĘGĄ WIZUALIZACJI WE WSZYSTKICH MATERIAŁACH POWSTAJĄCYCH W WYNIKU REALIZACJI PROJEKTU (WYDAWNICTWA, OZNAKOWANIE TABLICAMI INFORMACYJNYMI ITP.)**   W jaki sposób Wnioskodawca zamierza promować obszar LGD? Należy wskazać planowane miejsca  i sposoby zamieszczania informacji czy logotypu LGD „Partnerstwa Sowiogórskiego” | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **OPERACJA PRZYCZYNIA SIĘ BEZPOŚREDNIO DO ZWIĘKSZENIA ATRAKCYJNOŚCI TURYSTYCZNEJ OBSZARU LGD PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE**   W jaki sposób i przy pomocy jakich narzędzi operacja zachęci turystów do odwiedzania obszaru LGD? | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **OPERACJA REALIZOWANA JEST PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRY KORZYSTAŁ  Z BEZPŁATNEGO DORADZTWA BEZPOŚREDNIEGO NA ETAPIE PRZYGOTOWANIA WNIOSKU  I SZKOLEŃ OFEROWANYCH PRZEZ LGD**   Należy wpisać datę szkolenia, jeżeli dotyczyło one wnioskowanej operacji dla aktualnego naboru; datę doradztwa bezpośredniego w biurze, dotyczącego pracy z wnioskiem i biznesplanem składanym w ramach konkursu – obowiązkowo należy załączyć otrzymaną kartę za doradztwo punktowane. | | | |
| * Data szkolenia: * Data doradztwa: * ND | | | |
| 1. **POZIOM WKŁADU WŁASNEGO WNIOSKODAWCY JEST WYŻSZY NIŻ 35 %**   Należy podać w % wysokość wkładu własnego Wnioskodawcy. | | | |
| * Wkład własny powyżej 40% wartości operacji: ……….. * Wkład własny powyżej 35% wartości operacji: ……….. * ND | | | |
| 1. **WNIOSKODAWCA POSIADA NA OBSZARZE LGD „PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE „ SIEDZIBĘ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZGŁOSZONĄ CO NAJMNIEJ 12 MIESIĘCY PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU**   W przypadku spełnienia kryterium należy załączyć wydruk z CEIDG zawierający datę zgłoszenia siedziby (co najmniej 365 dni przed złożeniem wniosku) na obszarze LGD lub inne wymagane prawem zgłoszenie wydanie nie później niż miesiąc przed dniem złożenia WoPP | | | |
| * TAK * ND | | | |
| 1. **GOTOWOŚĆ DOKUMENTACYJNA OPERACJI DO REALIZACJI**   Wnioskodawca na dzień złożenia wniosku załączył wszystkie wymagane załączniki. | | | |
| * TAK * NIE | | | |

*……………………………… …………………………………………………………..*

*Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika*