**OPIS ZGODNOŚCI Z KRYTERIAMI (DOTYCZY DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **/nazwa Wnioskodawcy** |  |
| **Adres Wnioskodawcy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail** |  |
| **Osoba uprawniona do reprezentowania** |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Tytuł operacji** *(projektu)* |  |
| **Całkowity koszt operacji** *(w zł)* |  |
| **Koszty kwalifikowalne operacji**  *(proszę podać kwotę kosztów kwalifikowalnych operacji)* |  |
| **Kwota wnioskowana** |  |
| **Krótki opis działań zawartych w projekcie** |  |

**UZASADNIENIE ZGODNOŚCI OPERACJI Z LOKALNYMI KRYTERIAMI WYBORU**

Beneficjent powinien uzasadnić zgodność operacji z poszczególnymi lokalnymi kryteriami wyboru w odniesieniu do danych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy. Uzasadnienie musi być spójne i wynikać z wniosku o przyznanie pomocy, w szczególności z opisem planowanej operacji, planem finansowym, zestawieniem rzeczowo-finansowym operacji, opisem zadań wymienionych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji oraz załącznikami do wniosku.

Beneficjent może przedstawić dodatkowe załączniki, które uwiarygodnią uzasadnienia do kryteriów i danych zawartych we wniosku.

**Wszystkie pola muszą być uzupełnione.** W przypadku kryteriów, które nie zostają spełnione należy wpisać **„NIE DOTYCZY”.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa kryterium** | **Uzasadnienie** | |
|  | **Wnioskodawca ma udokumentowane doświadczenie w przedmiocie realizowanego wniosku**  *(proszę wymienić wszystkie dokumenty dołączane do wniosku, które potwierdzają doświadczenie/kwalifikacje)* |  | |
|  | **Miejsce zamieszkania Wnioskodawcy na obszarze LGD „MDiG”**  *(proszę podać nazwę miejscowości)* |  | |
|  | **Realizacja operacji spowoduje utworzenie nowego miejsca pracy**  *(proszę wskazać, czy realizacja operacji spowoduje utworzenie nowego miejsca pracy)* |  | |
|  | **Wnioskodawca jest osobą z grupy defaworyzowanej (ze względu na wiek)**  *(proszę wpisać datę urodzenia)* |  | |
|  | **Wnioskodawca jest osobą niepełnosprawną lub projekt jest dedykowany dla osób niepełnosprawnych**  *(jeśli dotyczy, należy dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność lub opisać stanowisko przygotowane dla osoby niepełnosprawnej uwzgledniające nakład finansowy zawarty w biznesplanie)* |  | |
|  | **Wkład własny**  *(proszę podać kwotę wkładu własnego oraz jego procent liczony od kosztów kwalifikowalnych projektu,*  *wymagany wkład własny w przypadku rozwoju działalności gospodarczej- 30%,*  *w przypadku premii proszę wpisać konkretną kwotę)* | **K** – koszty kwalifikowalne |  |
| **W** – wkład własny |  |
| wyliczenie % wkładu własnego = **W/K\*100%** |  |
| **WKŁAD WŁASNY  W PRZYPADKU PREMII** |  |
|  | **Wykorzystanie lub działanie na rzecz lokalnego dziedzictwa kulturowego, historycznego, przyrodniczego, krzewienia kultury fizycznej oraz rekreacji**  *(jeśli dotyczy, proszę podać wykorzystane zasoby mające odzwierciedlenie w szczegółowym opisie we wniosku i kosztach w zestawieniu rzeczowo-finansowym)* |  | |
|  | **Ochrona i promocja środowiska lub przeciwdziałanie zmianom klimatu**  *(jeśli dotyczy, należy wskazać, czy operacja przewiduje rozwiązania sprzyjające ochronie środowiska lub przeciwdziałaniu zmianom klimatu i jakie w związku z tym przewidziano koszty do poniesienia w ramach operacji)* |  | |
|  | **Operacja ma innowacyjny charakter dla obszaru**  *(jeśli dotyczy, należy wskazać, czy realizowana operacja jest innowacyjna w skali jednej gminy czy całego obszaru LGD, ponadto należy konkretnie opisać proces polegający na przekształceniu istniejących możliwości w nowe idee i wprowadzenie ich do praktycznego zastosowania; nowy w danej skali element (m.in. produkt, usługa, sposób wytwarzania lub zastosowania)* |  | |
|  | **Członkostwo w LGD – projekty składane przez członków LGD**  *(należy wskazać, czy Wnioskodawca jest członkiem Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania „MDiG”, jeśli tak, to od kiedy jest członkiem LGD)* |  | |
|  | **Okres i miejsce zamieszkania lub siedziba Wnioskodawcy na obszarze LGD**  *(jeśli dotyczy, proszę wskazać od kiedy jest zameldowany, lub od kiedy zarejestrowana jest siedziba na obszarze LGD)* |  | |
|  | **Zaspokojenie potrzeb określonych w LSR ze względu na dostęp do rynku pracy**  *(należy wskazać, czy Wnioskodawca jest osobą bezrobotną lub, czy w ramach realizacji operacji osoba bezrobotna zostanie zatrudniona)* |  | |
|  | **Czas realizacji operacji**  *(należy wskazać czas - w miesiącach, w jakim operacja zostanie zrealizowana od dnia podpisania umowy o przyznanie pomocy)* |  | |
|  | **Przedmiot realizacji operacji**  *(należy wskazać, czy operacja dotyczy zakupu robót budowlanych)* |  | |
|  | **Rodzaj planowanej działalności gospodarczej**  *(proszę podać rodzaj planowanej działalności gospodarczej: produkcyjna, usługowa czy handlowa)* |  | |
|  | **Wpływ na rozwój obszaru LGD „Między Dalinem i Gościbią”**  *(należy wskazać, czy Wnioskodawca rozlicza podatek dochodowy w Urzędzie Skarbowym w Myślenicach z terenu Gminy Myślenice lub Gminy Sułkowice)* |  | |
|  | **Promocja Lokalnej Grupy Działania „Między Dalinem i Gościbią”** **w trakcie całego okresu związania z projektem**  *(należy zadeklarować umiejscowienie w widocznym miejscu tablicy z logiem Stowarzyszenia, krótką informacją o LGD oraz wysokością wsparcia na realizację operacji przez okres związania z projektem- zgodnie z formułą przyjętą przez LGD i zamieszczoną na stronie internetowej)* |  | |

Brak uzasadnienia do któregokolwiek kryterium może skutkować nieprzyznaniem punktów.

………………………………………. …………………………………………

*Miejscowość, data* *Podpis Wnioskodawcy*