



**Karta Oceny Merytorycznej
wniosku o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego**

Projekt *Przedsiębiorcza KOBIETA* realizowany w ramach
Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013
Priorytet VI – Rynek pracy otwarty dla wszystkich
Działania 6.2 PO KL *Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia*

Beneficjent pomocy	
Numer wniosku	
Oceniający (imię i nazwisko)	
Wnioskowana kwota wsparcia	

DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI

Imię:

Nazwisko:

Niniejszym oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia opieki lub kurateli z osobami wnioskującymi o przyznanie wsparcia finansowego.
- przed upływem trzech lat do daty wszczęcia procedury konkursowej nie pozostawałem (-am) w stosunku pracy lub zlecenia z osobami wnioskującymi o przyznanie wsparcia finansowego.
- nie pozostaję z osobami wnioskującymi o przyznanie wsparcia finansowego w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.
- zapoznałem/am się z Regulaminem Komisji Oceny Wniosków,

....., dnia

.....

(podpis)



1. Czy wniosek jest poprawny formalnie? (każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”)

- ☐ TAK
- ☐ NIE – postępowanie wg procedury ustalonej przez Beneficjenta

Lp.	Nazwa kryterium	Opinia członka KOW
1	Uzasadnienie adekwatności rodzaju wydatków do planowanej działalności	
2	Efektywność ekonomiczna planowanych wydatków	

CZY WNIOSEK KWALIFIKUJE SIĘ DO UZYSKANIA PODSTAWOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO?

- ☐ TAK
- ☐ NIE



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Człowiek – najlepsza inwestycja

**UZASADNIENIE PRZYZNANIA LUB NIEPRZYZNANIA PODSTAWOWEGO WSPARCIA
POMOSTOWEGO (MINIMUM 5 ZDAŃ):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Propozycje zmian do wniosku:

.....

.....

.....

.....

Proponowana kwota wsparcia (w PLN):

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)



Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A.
ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin
tel. 94/341 63 30, fax. 94/ 341 60 88
www.karrsa.pl; e-mail: sekretariat@karrsa.pl



**Przedsiębiorcza
KOBIETA**