**Karta 1 – Ocena możliwości dokonania wyboru operacji przez Radę w ramach prowadzonego Konkursu nr 4/2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Kryterium*** | | | | | ***Ocena spełnienia1*** | |
| ***TAK*** | ***NIE*** |
| **ETAP 1** | | | | | | | |
| **1.0** | **Operacja została złożona w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu o naborze wniosków o udzielenie wsparcia** | | | | **Data złożenia** |  |  |
| **2.0** | **Operacja jest zgodna z zakresem tematycznym, który został wskazany w ogłoszeniu o naborze wniosków  o udzielenie wsparcia** | | | | **Ocena „TAK” tylko jeżeli w 2.1, 2.2 i 2.3 udzielono odpowiedzi „TAK”** |  |  |
| 2.1 | Opis | | | | Spełnienie wymogów określonych w opisie przedsięwzięć |  |  |
| 2.2 | Beneficjent | | | |  |  |
| 2.3 | Wartość minimalna i maksymalna dofinansowania oraz poziom procentowy | | | |  |  |
| **3.0** | **Operacja jest zgodna z formą wsparcia wskazaną  w ogłoszeniu o naborze** | | | | **Ocena na podstawie wniosku i ogłoszenia** |  |  |
| **4.0** | **Operacja spełniania dodatkowe warunki udzielenia wsparcia obowiązujące w ramach naboru** | | | | **Ocena na podstawie wniosku i ogłoszenia** |  |  |
| **Możliwość dokonania oceny w zakresie zgodności z LSR** *(Ocena „TAK” tylko jeżeli na wszystkie pytania udzielono odpowiedzi „TAK”)* | | | | | |  |  |
| *Uzasadnienie w przypadku odpowiedzi „NIE”* | | | | | | | |
| *Imię i nazwisko oceniającego* | | | *Podpis* | | | *Data* | |
|  | | | | | | | |
| **ETAP 2** *(jeżeli w Etapie 1 udzielono odpowiedzi „TAK”)* | | | | | | | |
| **5.0** | **Operacja jest zgodna z LSR –** realizuje cel główny i szczegółowy LSR przez osiąganie zaplanowanych w LSR wskaźników | | | **Ocena „TAK” tylko jeżeli w 5.1, 5.2 udzielono odpowiedzi „TAK”** | |  |  |
| 5.1 | Produktu | *Nr* | | Należy wpisać numer wskaźnika | |  |  |
| 5.2 | Rezultatu | *Nr* | |  |  |
| **6.0** | **Operacja jest zgodna z programem, w ramach którego jest planowana do realizacji** | | | **Ocena na podstawie karty oceny przekazanej przez Samorząd Województwa** | |  |  |
| **Możliwość dokonania wyboru operacji przez Radę** *(Ocena „TAK” tylko jeżeli na wszystkie pytania udzielono odpowiedzi „TAK”)* | | | | | |  |  |
| *Uzasadnienie w przypadku odpowiedzi „NIE”* | | | | | | | |
| *Imię i nazwisko oceniającego* | | | *Podpis* | | | *Data* | |